

**UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU**



**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DES SCIENCES DE  
GESTION ET DES SCIENCES COMMERCIALES  
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**

**Mémoire de Master en Sciences Economiques**

**Spécialité: Economie de la Santé**

**Thème :**

**La qualité des soins au milieu hospitalier :  
cas de CHU Tizi Ouzou  
(Service Cardiologie)**

**Réalisé par :**  
**BOUAYAD Hammama**  
**FERHAT Wahiba**

**Dirigé par :**  
**NAIT SLIMANI Mohand,**  
**maitre-assistant (A).**

**Membres du jury :**

**Président :FERRAT Marzouk,maitre-assistant « A »**

**Examineur :BOUABACHE Aissa, maitre-assistant « B »**

**Rapporteur :NAIT SLIMANI Mohand, maitre-assistant « A »**

**Promotion : 2017- 2018**

## 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 vifs remerciements pour :

- ❖ Au premier lieu, notre bon Dieu tout puissant et compatissant pour le Courage et la patience qu'il nous a donnée afin de réaliser ce modeste travail ;
- ❖ En second, nos chers parents de nous avoir aidé pour arriver au terme de ce travail qui est le fruit de plusieurs années d'étude ;
- ❖ Notre promoteur Monsieur NAIT SLIMANI Mohand qui nous a fait l'honneur d'accepter de guider et de diriger notre mémoire et pour sa disponibilité et ses précieux conseils et son soutien ;
- ❖ L'ensemble des médecins et le personnel de CHU Nedir Mohammed tout particulièrement le service cardiologie qui ont contribué à notre formation par leurs réponses sur nos questions ;
- ❖ Tous les enseignants du département de science économique pour leurs aides pour réaliser ce travail ;
- ❖ Ainsi qu'à tous ceux qui nous ont aidés de près 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.



***Dédicace***

*Je dédie ce mémoire  
A mes chers parents ma mère et mon père pour leurs  
patiences, leurs amour, leurs soutiens et leurs  
encouragements*

*A mon frère  
A mon époux  
A ma famille  
Et à tous mes amis.*

*Sans oublié mes professeurs.*

*BOUAYAD Hammama.*



***Dédicace***

*Je dédie ce mémoire  
A mes chers parents ma mère et à la mémoire de mon père  
pour leurs  
patiences, leurs amour, leurs soutiens et leurs  
encouragements*

*A mon frère  
A ma soueur  
A ma famille  
Et à tous mes amis.*

*Sans oublié mes professeurs.*

*FERHAT Wahiba*

## **Sommaires**

**Introduction générale .....1**

### **Chapitre I : Généralité sur la démarche qualité**

**Introduction du chapitre .....4**

**Section 01 : Définition et présentation de la démarche qualité. ....5**

**Section 02 : Les typologies de la démarche qualité. ....21**

**Section 03 : Les objectifs de la démarche qualité. ....29**

**Conclusion du chapitre .....32**

### **Chapitre II : les concepts qualité des soins.**

**Introduction du chapitre .....33**

**Section 01 : définition et présentation de la qualité des soins. ....34**

**Section 02 : les principes et caractéristique de la qualité des soins .....44**

**Section 03 : comment mesurer la qualité ..... 57**

**Conclusion du chapitre .....63**

### **Chapitre III : Présentation de la qualité au milieu hospitalier: Cas du CHU de Tizi-Ouzou (service cardiologie)**

**Introduction du chapitre .....64**

**Section 01 : Historique et organigramme du CHU .....65**

**Section 02:La qualité des soins dans le service cardiologie.....71**

**Conclusion du chapitre .....73**

**Conclusion générale .....74**

## **Bibliographie**

**Liste des tableaux**

**Liste des figures**

**Tables des matières**

The page features three decorative elements made of concentric circles in shades of blue. One large circle is in the top right, a smaller one is in the middle right, and another large one is in the bottom right. Two thin blue lines originate from the top left and extend towards the middle-right circles.

# **Introduction générale**

## **Introduction générale :**

L'économie de la santé est une branche des sciences économique, elle couvre deux champs disciplinaires. Il s'agit de la santé et de l'économie.

L'économie de la santé est une discipline née aux États-Unis dans les années 1950, et s'est développé dans le reste du monde à partir des années 1960 en plusieurs vagues.

Selon l'organisation mondiale de la santé OMS, le système de santé regroupe toutes les activités officiel ou non qui porte sur les services de santé mis à la disposition d'une population et sur l'utilisation de ces services par la population.

Le système de santé représenté par des moyens organisationnels et stratégiques, par des lieux géographiques et par l'ensemble de la population, a pour but d'assurer une qualité des prestations de santé.

La qualité n'est pas nouvelle pour les professionnels de santé, car elle a évolué à travers les années,

La qualité des soins est défini par l'organisation mondial de la santé comme « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostique et thérapeutique 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 pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure de résultats et de contacts humain à l'intérieur du système de soins »

Nous déduisons de cette définition que la qualité hospitalière ne se réduit pas seulement aux actes médicaux des professionnels de la santé, mais elle se généralise à l'ensemble des paramètres de l'organisation.

En effet de nombreuses relations entre les services constituent des niches de non-qualité. Les dysfonctionnements, les événements indésirables et les incidents, plus ou moins graves, qui entravent quotidiennement le déroulement normal du travail ont des conséquences néfaste sur le personnel, sur la qualité des soins et sur les coûts.

## **Problématique :**

La démarche qualité est un outil qui permet à de grandes entreprises de réaliser des avancées considérables sur tous les plans.

Les établissements de santé intègrent cette démarche de plus en plus dans leur fonctionnement afin d'assurer une meilleure prise en charge des besoins des patients.

Dans cette optique de satisfaction des patients vis-à-vis de la qualité en milieu hospitalier, la problématique qui sera traitée dans ce travail est la suivante :

### **Quel place qu'occupe la qualité des soins dans le milieu hospitalier ?**

De cette problématique découle un certain nombre de question secondaire :

- Comment se déroule la démarche qualité dans le monde industrielle?
- Comment mesurer la qualité des soins?
- Est-ce que les patients sont satisfaits de la qualité délivrée par les établissements hospitaliers?

### **Hypothèses :**

Pour mener à bien notre réflexion, nous nous sommes basées sur les hypothèses suivantes :

- La démarche qualité est outils de changement dans une entreprise.
- La qualité à un rôle et une place très importante dans l'amélioration des services au sein d'un établissement hospitalier.

### **Objet de la recherche :**

L'objet recherché à travers ce travail est :

- Elaborer une démarche méthodologique d'analyse des démarches mises en place pour assurer une bonne qualité de soin
- Diagnostiquer les moyens déployés au niveau du Centre Hospitalier Universitaire CHU en mettant en exergue les forces et les faiblesses en matière d'équipement médicaux et personnels ou autres.
- Recueillir les avis du personnel sur le processus et moyens mis en place pour cet objectif.
- Faire des préconisations réalistes pour l'amélioration de la qualité de soin au niveau des établissements hospitaliers.

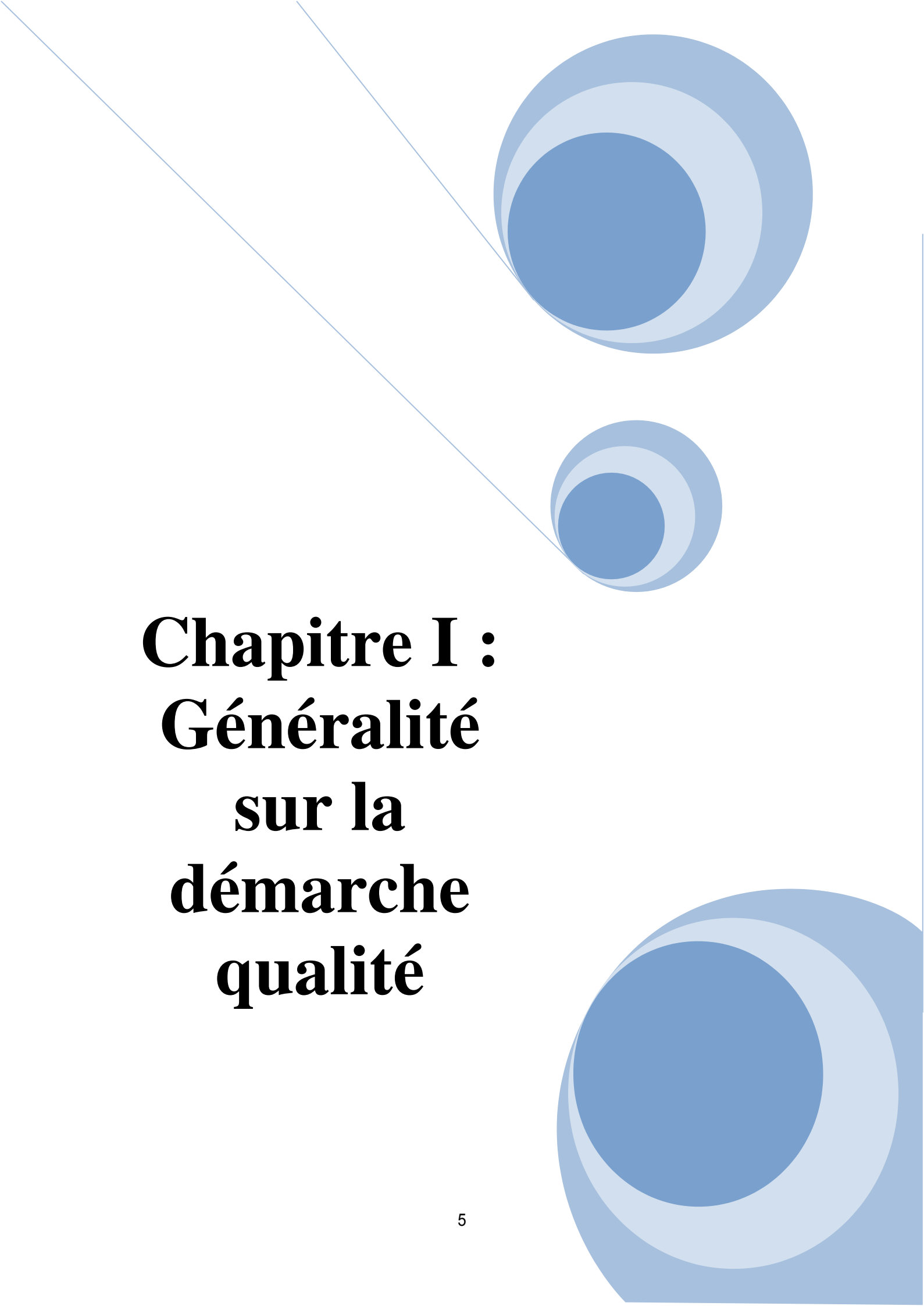
### **Méthodologie de la recherche :**

Afin de répondre à la problématique posée et vérifier la validité des hypothèses, nous nous sommes basés 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 sur la démarche empirique en suivant un stage pratique au niveau du Centre Hospitalo-Universitaire Tizi Ouzou au sein du service cardiologie, ce qui nous a permis de discuter avec les responsables et collecter les informations nécessaires pour accomplir notre travail.

### **Structure du mémoire :**

Pour mener à bien notre travail, nous avons organisé notre plan en trois chapitres. Le premier est consacré à la présentation de la démarche qualité dans le monde industrielle. Le deuxième doit montrer la qualité des soins qui est une notion très importante dans le milieu hospitalier. Enfin, une illustration de l'aspect théorique est présentée par un cas pratique présentant la qualité au service cardiologie de CHU Tizi Ouzou.

A decorative graphic on the right side of the page. It features three blue circles of varying sizes, each composed of concentric circles in different shades of blue. Two thin blue lines originate from the top left and extend towards the circles, one pointing towards the top circle and the other towards the middle circle. A large blue circle is partially visible at the bottom right corner.

# **Chapitre I : Généralité sur la démarche qualité**

## **Chapitre I : Généralité sur la démarche qualité**

### **Introduction :**

La démarche qualité existe de longue date dans l'économie, les dirigeants ont appris à améliorer les produits et services et régler les problèmes, en intégrant les innovations, pour trouver des solutions faciles à appliquer, sans recourir à des méthodes spécifiques. Cependant il s'avère que la résolution, de certains problèmes ponctuels liés à certains obstacles de la démarche qualité, peut être difficile à obtenir, malgré la mobilisation des ressources importantes. Il s'avère alors utile de recourir à des méthodes structurées. Compte tenu de leur diversité, il est difficile de les maîtriser de façon exhaustive et de réaliser le choix le plus approprié à chaque situation.

A travers ce chapitre nous tenterons d'analyser l'évolution du mouvement de la qualité et d'identifier ses principales typologies, par la suite, nous analyserons ses objectifs.

### **Section1 : Présentation et définition de la démarche qualité.**

#### **I. Présentation de la démarche qualité :**

La démarche qualité est l'ensemble des actions qui mène l'organisme à remplir sa mission et satisfaire ces clients ou usagers.

La démarche qualité repose sur les facteurs suivants :

- L'organisme tient compte des besoins de ces clients
- La direction s'implique dans la démarche qualité pour associer l'ensemble des personnes à cette démarche.
- Elle suscite une réflexion collective sur la stratégie qualité et sur les ressources nécessaires pour réaliser cette stratégie
- Le personnel adhère à la mise en œuvre des actions de qualité. Le mode de management favorise le partage des responsabilités et les initiatives.
- L'organisme dispose d'outils de mesure de la qualité.
- Les décisions s'appuient sur des faits et sur des informations précises et objectives.

La réalisation de la démarche qualité, au sein d'un service, exige au préalable l'identification des objectifs essentiels qui doivent comprendre :

- La satisfaction des clients ou usagers, compatible avec les normes et l'éthique professionnelle.
- L'amélioration permanente du service.
- La prise en considération des exigences de la société et de l'environnement (réglementation).
- L'efficacité de la prestation de service<sup>1</sup>.

## 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<sup>2</sup>.

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

- **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'un démarché qualité?

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

Elle s'applique à tous types d'organisations, publiques, privées, associatives ou commerciales.

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.

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

---

<sup>1</sup> Alain RICARD-mémoire de l'école national de la sante publique -1999

<sup>2</sup> <https://archives.Entreprises.Gouv.fr> consulté le 06/06/2018

La démarche qualité selon le référentiel ISO9001V2008 s'appuie sur la culture d'amélioration continue de la qualité et sur le concept d'approche processus et les choix pour leur maîtrise.

En effet l'amélioration de la qualité, interne et externe, permet à l'entreprise de travailler dans de meilleures conditions avec ses bénéficiaires, ce qui se traduit par une relation de confiance, une rentabilité financière meilleure (augmentation des bénéfices) et une amélioration du rendement des ressources humaines.

➤ **Chaque démarche qualité est unique.**

Chaque démarche qualité est unique car même deux entreprises avec un objectif identique ne partiront sans doute pas du même niveau (différence de management, de métier, d'organisation, d'exigences clients) et par conséquent prendront des stratégies différentes.

➤ **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.

**1. Définition de quelque concept de base:**

**1.1. Système qualité:**

*C'est « l'ensemble de l'organisation de procédures, de processus et de moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité ».*

C'est aussi l'ensemble des dispositions humaines, techniques et organisationnelles qui permettent d'établir et de mettre en œuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche au sein de l'organisme.

**1.2. Politique qualité:**

Selon le petit Robert, 1997, elle est définie comme, « *la manière concertée de conduire une affaire* » ou « *la façon d'envisager les choses* » et renvoie au terme de stratégie.

Elle est définie aussi par la norme ISO 9000, comme « *Les orientations et objectifs généraux d'un organisme, concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau. La mise en œuvre d'une politique qualité imposera pour n'importe qu'elle entreprise un suivi de la satisfaction du besoin du client* »<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>TARKPESSIKossi, Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo, avril 2007 p18.

### 13. La qualité:

- « Qualité » renvoi au latin « *Qualis* » qui signifie « quel ». Pour le Robert, la qualité est « *une manière d'être, caractéristique* ». La qualité s'avère être intrinsèque au produit, service considéré<sup>4</sup>.
- Pour l'A.F.N.O.R. (Associations française de normalisation) : la qualité est définie comme « *l'ensemble des propriétés, caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* » (ISO 84002).
- ISO (L'international organisation for standardisation) définit la qualité comme « *l'aptitude d'un produit ou un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs* ».

Ces définitions prospectives présente la qualité comme un résultat à attendre en fonction de besoins qui doivent être identifiés et compris. Elle renvoie à la nécessité pour les parties prenantes de trouver un équilibre entre les attentes du client, les coûts, les délais, la satisfaction et les choix stratégiques de la structure.

#### I. L'évolution de la qualité dans le monde industrielle:

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

- Première période de 1930 à 1945 (l'émergence du contrôle qualité).
- Deuxième période, les années 1950, 1960.
- Troisième période, fin des années 1970.

##### 1. De 1930 à 1945 :

Au début du XXe 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 ceux-là se traduisent avec une forte augmentation de la demande.

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.

---

<sup>4</sup>ROURESSOL Philippe « la démarche qualité à l'hôpital ou comment passer de l'accréditation à une démarche qualité pérenne ? » mémoire de l'école nationale de la santé publique-2004

La perception de la qualité au début du XXe siècle 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. Ce modèle est basé sur des règles d'or résumé en trois :

- Observer les gestes des producteurs dans l'organisation afin de déterminer leur cohérence relativement au but poursuivi. La décomposition du 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<sup>5</sup>.
- Contrôler le travail effectué relativement aux normes de production rigoureuses scientifiquement établies et le maintenir dans ces limites. La qualité est, dès lors, la conséquence d'une organisation scientifique du travail ; elle se réfère à des normes universelles.

L'émergence du contrôle qualité est une notion qui date de la fin des années 1920 avec l'arrivée d'un courant de pensée qui propose des nouvelles méthodes de travail et d'organisation qui permet la maîtrise de la qualité des produits dans les entreprises industrielles.

La notion de contrôle qualité est née au sein d'une entreprise célèbre, la Bell téléphone aux USA conduit par M.SCHEWART, en lançant un programme de recherche sur l'analyse statistique des défauts de qualité, qui est relayé par des universitaires américains, notamment W.E DEMING, H, F.DODGE.

Le contrôle de la qualité se porte toujours comme une réponse scientifique aux problèmes posés 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.

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 nombre. Cette démarche de maintien de la logique scientifique taylorienne dans la définition de la qualité, la gestion de celle-ci logis entre les mains des ingénieurs.

---

<sup>5</sup> GOMEZ Pierre-Yves, Op.cit. p16, p17.

Le courant taylorien est amendée, en effet le contrôle de la qualité accepte que le défaut soit inévitable. Il situe plus la qualité comme une adéquation nécessaire entre une perfection organisationnelle planifiée et sa réalisation<sup>6</sup>.

La méthode de contrôle statistique, permet d'avoir une bonne gestion qualité des vastes projets. Par-ailleurs, on passe à la notion de qualité par prévention ou l'assurance qualité.

## **2. Dans les années 1950-1960:**

Le début des années 1950 a 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 caractérisée par un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiques dans le but de donner confiance au client.

La qualité prend l'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'est pas tenue en compte comme une tâche de contrôle. L'évolution profonde est l'objectif de satisfaction du client au moyen de processus de mise en place de la démarche qualité. A partir de cette évolution la qualité à marquer un passage d'une qualité centré sur le produit à une qualité centré sur le processus de production.

La préoccupation qualité se répond dans l'entreprise avec la prise en charge d'un 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 du client<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup>GOMEZ Pierre-Yves, op.cit. p 22.

<sup>7</sup>GOMEZ Pierre-Yves, Op.cit. p29, p31.

### 3. A partir des années 1970 :

Dans cette période, la qualité d'assurance est élargie pour devenir une qualité totale « *l'ensemble des principes et des méthodes organisés en stratégie globale visant à mobiliser toute l'entreprise pour obtenir une meilleure satisfaction de client au moindre coût* »<sup>8</sup>.

Au Japon, la nécessité de reconstruire l'industrie et l'économie d'après-guerre justifie la création de la *Japonaise Union of Scientist and Engineers*, structure destinée 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 Japon Téléphone Corporation. L'expérience de ces groupes de réflexion va être étendue à tout le Japon. 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 maîtrise de la qualité<sup>9</sup>.

Le contexte dans lequel évolue l'entreprise a été déterminant pour l'intégration de la démarche qualité dans leur système 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.

Avec la structuration du champ de la qualité et son internalisation ; les entreprises ont cherché une reconnaissance de leurs efforts en matière d'amélioration de la qualité par l'élaboration de référentiels.

A partir de 1979, un tournant décisif est pris au niveau international avec le lancement par l'International Organisation for Standardisation (ISO) dont le rôle principal est de définir des normes internationales de qualité. Les normes de la série ISO 9000 naissent en 1987.

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

Cette évolution a permis sa diffusion vers le secteur des services. Plus récemment ces démarches ont commencé à gagner les organisations non marchandes dont le secteur sanitaire.

---

<sup>8</sup> GOMEZ Pierre-Yves, idem, p36, p37.

Dans les années 1980, en France les pouvoirs publics développent le cadre législatif et réglementaire concernant la qualité de la prise en charge des usagers des établissements de santé et en Afrique des ébauches naissent dans les années 1990<sup>10</sup>.

### **III. Techniques et outils de la démarche qualité:**

La démarche qualité propose toute une panoplie de techniques et d'outils d'aide à l'analyse des organisations et de leurs processus métiers. Ces techniques et outils ont été mis en place par les principaux fondateurs de la démarche qualité dans le cadre de leurs actions de conseil auprès des entreprises. Ils ont une vocation pédagogique permettant au manager de mieux appréhender leurs responsabilités, en les aidants dans la réflexion. Ils peuvent être utilement répartis en deux catégories :

- Les outils complexes utilisés dans les domaines de l'ingénierie, de la logistique, de la métrologie, des stratégies, par les services de planification et de méthode.
- Les outils simples utilisables par tout public sans formation particulière permettant d'aider à la réflexion et à l'analyse. Ils concernent notamment les sept outils de la qualité mis en place par le JUSE (*Japanese Union of Scientist and Engineers*), et sélectionnés pour leur intuitivité naturelle et la simplicité de leur utilisation. Mais, il existe d'autres plus récents ou remis à jour, relatifs aux thèmes suivants:

- Mettre en place l'élaboration d'une analyse.
- Rechercher les causes des défauts.
- Décrire et analyser un processus.
- Optimiser ou sécuriser un processus.
- Choisir d'une solution appropriée pour la gestion de crise ou de problème.
- Mettre en œuvre un système de pilotage<sup>11</sup>.

### **IV. Les principes de la démarche:**

La démarche qualité est l'ensemble des actions qui mène l'entreprise à la satisfaction de ses clients. Elle obéit à certaines normes dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du changement en retenant pour l'essentiel six bases indispensables de toute amélioration.

---

<sup>10</sup> TARKPESSI Kossi, op.cit, p30

<sup>11</sup> [www.archivistes-experts.fr](http://www.archivistes-experts.fr) consulté le 04/11/2018

## **1. L'attention aux clients :**

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins du client représente aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. L'écoute au client est une composante indispensable de tout système de qualité, elle fournit des informations qui pourront être utilisés pour identifier les processus clés et orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants et concevoir de nouveaux produits ou services<sup>12</sup>.

## **2. Une démarche participative:**

L'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel au tour des objectifs qualités. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation objective via une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement.

## **3. Une approche méthodique:**

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes et le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée des méthodes et outils. Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les dysfonctionnements et leurs effets, de les mettre en œuvre sous forme de plans d'action et de les réajuster s'il a lieu. Le choix des méthodes et des outils qui doivent être combiné entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

## **4. L'approche processus, le pluri professionnalisme:**

Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur l'amélioration constante de la compétence technique des professionnelles.

La formation initiale et la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnelles de chaque métier. Ce mécanisme a permis des progrès en termes de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations. En effet, la

---

<sup>12</sup>Agencenationale d'accréditationet d'évaluationensanté(ANAES), principesdemiseenœuvred'une démarchequalitéenétablissementdesanté, Avril2002.p13

spécialisation s'est accrue et le nombre, de professionnelles compétents, nécessaires dans un processus de fabrication d'un produits, a augmenter d'une façon significative.

L'approche par processus répond à cette problématique. Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la réalisation du produit ou la prestation de services, d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui y contribuent. Elle améliore ainsi la performance des produits transversaux en décroissant l'organisation verticale traditionnelle.

### **5. Une approche pérenne et évolutive :**

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer ses produits et services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours d'une amélioration de processus réalisé étape par étape. La démarche est itérative, selon les améliorations successives : on parle d'amélioration continue.

Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements.

### **6. L'évaluation :**

Il n'y a pas de qualité sans mesure, la mesure fait partie intégrante de la mise en place de la démarche qualité. La mesure est donc un impératif de la qualité.

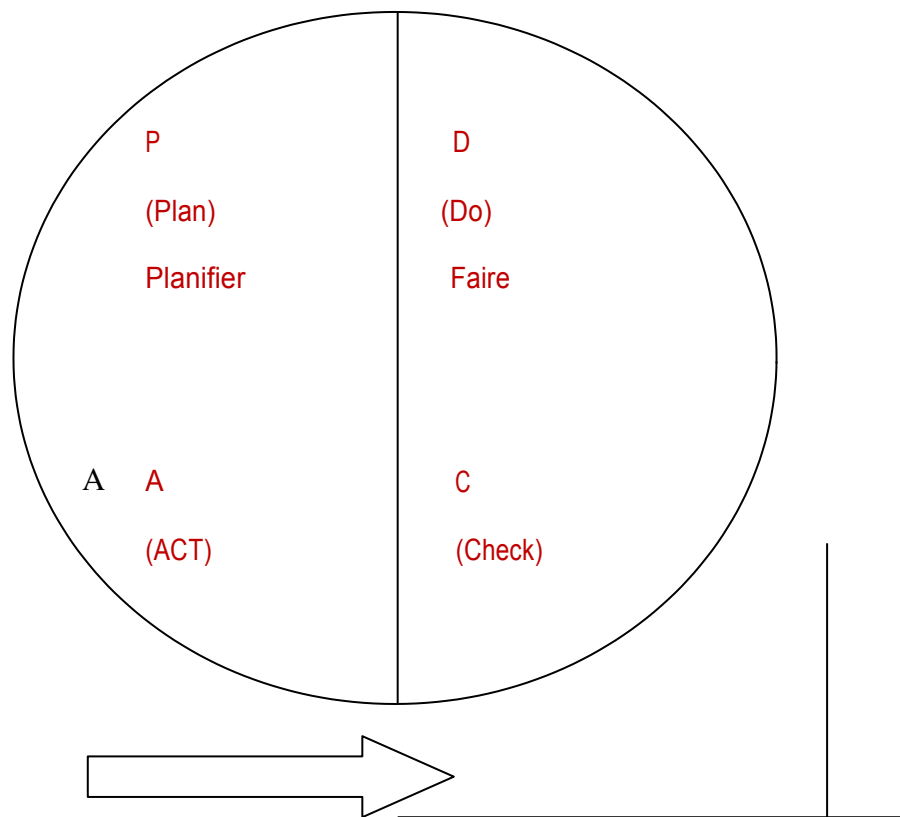
La mesure est d'apprécier la satisfaction des clients et la conformité des prestations à des références pour le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau existant et des progrès réalisés, grâce aux actions d'amélioration.

La mesure permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux clients sur le maintien d'une qualité de prestations et d'apprécier les progrès réalisés.

### **V. La mise en œuvre de la démarche qualité:**

La mise en œuvre d'une démarche qualité s'appuie sur le principe de la roue de DEMING ou cycle d'amélioration continue.

**Figure N° 01 : La mise en œuvre de la démarche qualité**



- **Planifier** : déterminer les objectifs à atteindre.
- **Faire** : mettre en œuvre les actions.
- **Vérifier** : Vérifier la mise en œuvre.
- **Réagir** : Définir les priorités d'amélioration.

Elle procède selon l'adage suivant : « J'écris ce que fait, je fais ce que j'écris et je vérifie ce qui est écrit et fait »<sup>13</sup>.

C'est une démarche globale visant la maîtrise des « 5M » :

- **Main d'œuvre** : qualification et formation des intervenants.
- **Machines et moyens** : qualité des équipements de production et de contrôle.
- **Méthodes ou modes opératoires** : standardisation et reproductibilité, respect des spécifications.
- **Milieu** : environnement de travail adapté, propre, ordonné et sécurisé.

<sup>13</sup><https://archives.Entreprises.Gouv.fr> consulté le 06/06/2018

- **Matériaux :** qualité des approvisionnements et de la sous-traitance.

La démarche qualité est participative. Elle implique l'ensemble du personnel et s'appuie sur un engagement fort des responsables.

Elle peut s'appuyer sur différents outils et méthodes en fonction des objectifs de l'entreprise, des problèmes rencontrés, des contraintes commerciales ou réglementaires ainsi que du secteur d'activité de l'entreprise.

Cependant, la mise en œuvre d'une démarche qualité n'est pas toujours liée à une recherche de certification. De même, l'obtention d'une certification n'est pas forcément un gage de la qualité des produits ou des services offerts par l'entreprise puisqu'elle constate la conformité à des « exigences spécifiées » qui peuvent être fixées à un niveau qui ne correspond pas aux attentes des consommateurs<sup>14</sup>.

## **VI. Structures d'accompagnement de la démarche:**

Le développement de la démarche qualité conduit progressivement à identifier une structure de coordination spécifique, car chaque établissement a besoin d'une structuration pour accompagner, coordonner et déployer la démarche.

### **1. La structure de pilotage:**

Elle a une vocation politique et stratégique. La structure de pilotage est chargée de l'initiation de la démarche.

Cette structure a pour mission de :

- Déterminer et/ou valider les objectifs à atteindre grâce à la démarche qualité, définir les priorités et orienter la démarche.
- Assurer la cohérence entre les objectifs de la démarche et les actions menées et valider les travaux accomplis
- Soutenir la démarche, veiller à la formation des acteurs et procurer les moyens à l'ensemble des projets.
- S'assurer de l'atteinte des objectifs.
- Prendre les décisions nécessaires à l'avancement du projet global.

---

<sup>14</sup> <https://archives.Entreprises.Gouv.fr> consulté le 06/06/2018

➤ S'assurer de la mise en œuvre des actions de communication indispensables tout au long de ladémarche<sup>15</sup>.

## **2. La structure opérationnelle de coordination;**

Son rôle est d'assurer la coordination, l'animation et la gestion de la qualité. Elle assure le suivi des actions et veille au respect du planning et prépare notamment tous les travaux du bureau de pilotage.

Pour assurer le bon fonctionnement à cette structure certains principes doivent être respectés, il s'agit de:

- La présence dans la structure mise en place de représentantsgestionnaires.
- La présence de la compétence méthodologique d'une personne ayant suivi une formation à la démarche, aux méthodes et aux outils de la qualité.
- La disponibilité d'unsecrétaire
- Le rattachement direct du responsable de la structure à ladirection

En fonction de la taille de l'établissement, le secrétariat et le responsable de la structure consacreront un temps variable à cette mission.

## **3. Les groupes de projets:**

La démarche qualité en établissement hospitalier conduit à mettre en place des groupes de projet pour conduire des actions sur des thèmes spécifiques correspondant à des priorités définies par le bureau de pilotage. Ces groupes thématiques seront reconduits lors du démarrage de chacune des actions.

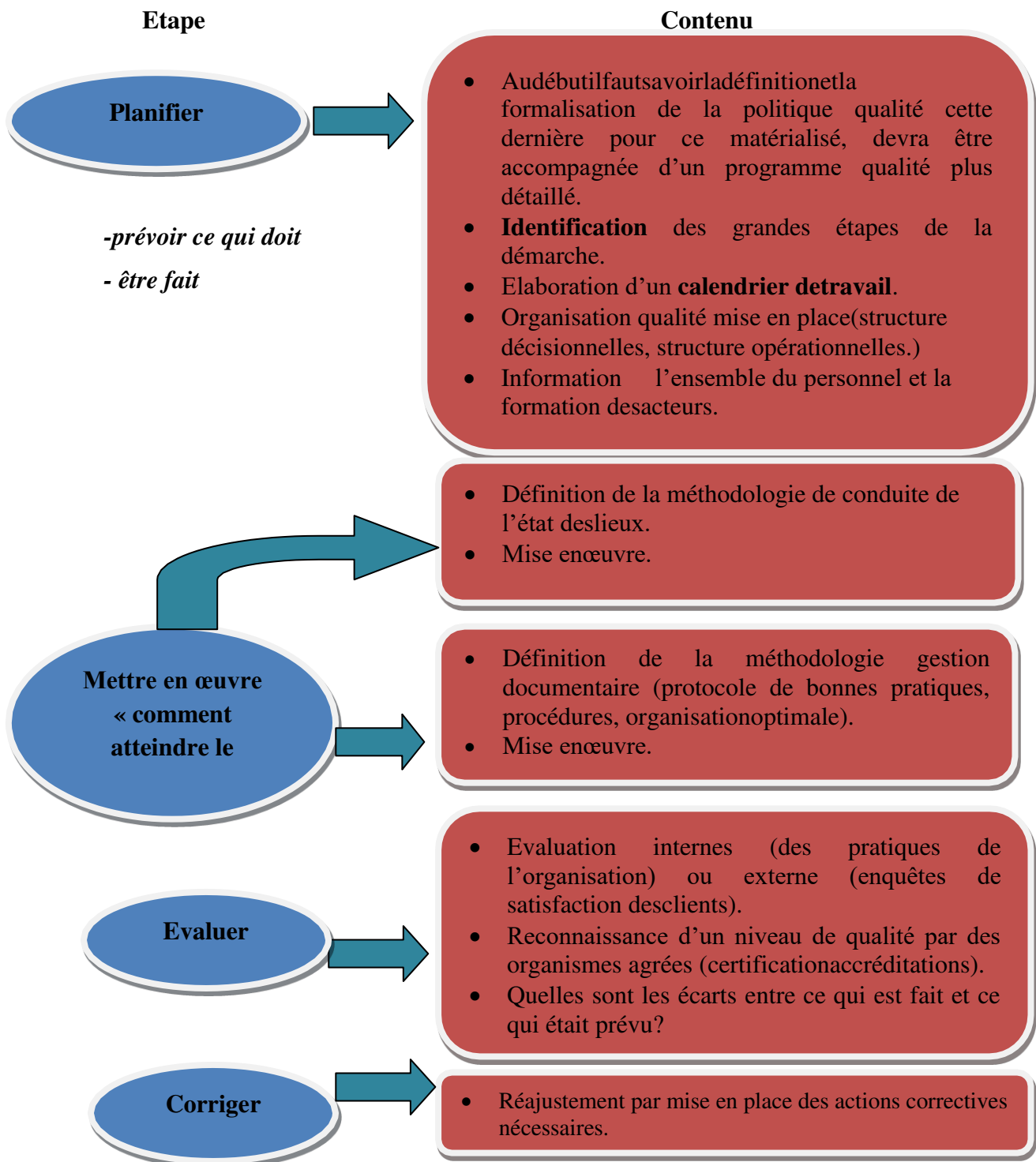
Chaque groupe de projet doit conduire des différentes étapes de la démarche à un thème défini afin de répondre aux objectifs fixés par le bureau de pilotage<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup>ANAES, Op.cit. p.p 38-39.

<sup>16</sup>ANAES, op.cit. p40

Figure n°2 : les étapes de mise en place de la démarche qualité



« A-T-on atteint le niveau de la qualité prévu ? »

« Comblons les écarts ! »

Sources : La démarche qualité dans un établissement de santé, enseignement d'anesthésie.

## **Section 2 : Les facteurs de réussite et structuration de la démarche qualité.**

### **I. Les facteurs de réussites :**

Les facteurs essentiels qui conditionnent le succès de la démarche dans le cadre de sa mise en œuvre méthodique sont les suivants<sup>17</sup> :

#### **1. L'engagement explicite des responsables:**

L'implication claire des responsables institutionnels constitue un facteur déterminant pour la réussite d'une politique d'amélioration continue de la qualité en sein des différentes entreprises.

Cette implication conduit à exprimer dans les faits la détermination des responsables. Celle-ci donne des preuves qu'ils attachent une réelle importance à la qualité et qu'elle constitue une dimension incontournable de l'évolution de l'entreprise.

L'engagement des responsables doit reposer sur un objectif clair et précis. Il doit être explicite et peut se concrétiser dans une déclaration formelle d'intention. Au-delà de cette déclaration formelle, il doit se matérialiser dans un certain nombre de pratique et d'attitudes quotidiennes:

- La cohérence entre l'ensemble des orientations et décisions prises dans l'établissement et la politique qualité. Cette cohérence repose sur l'appropriation des principes de la qualité qui conduit à prendre en compte de manière systématique les enjeux relatifs à la qualité. Ceci s'accompagne d'une communication informelle au quotidien sur la démarche qualité.
- La cohérence doit être particulièrement assurée d'une part entre l'organisation générale de l'établissement et les actions qualité engagées et d'autre part dans l'appréciation et l'allocation des moyens nécessaires à la conduite des actions engagées dans le cadre de la démarche qualité.
- La disponibilité des responsables pour accompagner la démarche, ce qui conduit à inclure cette démarche dans le temps qui leur est nécessaire dans leur activité.
- La transparence de l'information. Cette transparence correspond à un principe fort de la qualité. Tous les acteurs sont conduits à partager la même information ; la décision est fondée sur cette information et l'ensemble des critères qui interviennent sont connus de tous les acteurs.

---

<sup>17</sup> ANAES, op.cit. p65.

## **2. L'implication des professionnels:**

La recherche d'une meilleure qualité de l'ensemble des prestations suppose que l'établissement et l'ensemble des professionnels qui y travaillent s'engagent dans une démarche concrète d'amélioration des processus et des pratiques.

L'implication des professionnels est essentielle. Il faut mettre en œuvre les démarches, mesurer les résultats, reconnaître leur avancée et poursuivre de façon continue<sup>18</sup>.

## **3. Le client : Raison d'être de la démarche :**

La prise en compte des besoins et de la satisfaction du client est la raison d'être de la démarche qualité. Mettre le client au centre de la démarche et faire entrer sa voix dans l'entreprise sont essentiels pour assurer la cohérence de la démarche.

Le client doit également être intégré directement à la démarche dans le but de lui permettre de devenir un réel acteur de l'évolution de l'entreprise. C'est une relation authentique qui doit être recherchée et non une simple association formelle.

## **4. La progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs:**

Le développement d'une démarche qualité est un projet à long terme. Il suppose l'appropriation progressive des principes et des méthodes par l'ensemble des travailleurs de l'entreprise et un apprentissage de nouveaux savoir-faire. Le nombre de sujets potentiels de démarche qualité et le nombre de problèmes à régler apparaissent rapidement, le risque est donc de se fixer des objectifs trop ambitieux et de ne pas avoir la possibilité effective de les atteindre.

## **5. La communication interne:**

La communication interne est un facteur de réussite de la démarche. Elle assure le partage du sens de la démarche, la diffusion des idées, la valorisation des démarches et la pérennisation des actions réalisées.

Elle favorise la prise de conscience des professionnels quant aux besoins d'amélioration, aux enjeux de la qualité, aux résultats des démarches et de ce fait suscite l'implication des acteurs et la démultiplication des actions.

---

<sup>18</sup> ANAES, op.cit. p66

La stratégie de communication doit permettre de définir le niveau d'information qui sera donné à chaque acteur pour qu'il puisse s'approprier la démarche. Il s'agit de définir ce qui est essentiel pour chacun afin d'être crédible et efficace.

## **6. Le développement des compétences et la formation:**

La mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité nécessite des compétences adaptées. Reposant souvent au départ sur la motivation de quelques-uns, l'extension de la démarche va nécessiter un développement progressif des compétences.

La formation doit permettre aux professionnels de comprendre les objectifs, de s'approprier les méthodes et de les mettre en œuvre dans leur domaine de pratique.

Ces mêmes professionnels pourront, le moment venu, et compte tenu de l'expérience locale acquise, apporter leurs conseils méthodologiques aux équipes qui s'engagent à leur tour.

Les points suivants méritent de retenir l'attention des responsables de l'entreprise :

- La stratégie de formation doit, d'une part, être adaptée au contexte et, d'autre part, prévoir de répondre aux besoins des différentes cibles en fonction de leur rôle dans la démarche ou de leur fonction dans l'établissement.
- La formation qui est assurée doit reposer essentiellement sur des cas concrets et des situations de pratique en relation directe avec les problèmes rencontrés. Les approches de type formation action sont donc à privilégier.
- Le délai qui s'écoule entre la formation et la mise en œuvre des pratiques doit être le plus court possible. L'impact de la formation décroît en effet rapidement si les connaissances ne sont pas utilisées à très brève échéance.

## **II. La structuration de la démarche:**

La mise en place des structures de pilotage et de coordination, ainsi que la définition de la responsabilité des différents acteurs sur la qualité, sont également un facteur clé de la démarche et de sa pérennisation.

Une attention particulière devra être portée au pluri professionnalisme de ces structures et à leur mode d'animation participatif.

### **1. Stratégie de développement de la démarche qualité:**

La mise en œuvre d'une démarche qualité suppose une réflexion managériale sur ses modalités d'introduction et de développement.

La démarche qualité va engendrer à moyen et long terme des changements structurels, organisationnels et culturels profonds :

➤ La démarche qualité développe la transversalité et conduit à une organisation plus horizontale. Le fonctionnement hiérarchique est modifié et s'accompagne d'un management fortement participatif.

➤ La démarche qualité suppose le changement d'un certain nombre de représentations concernant le fonctionnement de l'établissement avec l'appropriation progressive par l'ensemble des acteurs de : l'orientation, la culture de la mesure (utilisation de données objectives), l'utilisation des méthodes d'amélioration, l'identification collective des dysfonctionnements et leur utilisation comme axe de progrès plutôt que la recherche de leurs responsables.

Le choix d'une stratégie de développement est donc un choix de management devant intégrer:

- La situation initiale de l'établissement notamment au plan culture<sup>19</sup>.
- Les ressources disponibles (disponibilité, savoir-faire).
- Le type de management en place (direction et management intermédiaire).

Plusieurs stratégies sont possibles. Dans tous les cas, le but est de définir le parcours adapté qui favorisera l'apparition d'un fonctionnement propice à la conduite d'améliorations.

Les stratégies possibles se différencient par :

- Le rythme de développement de la démarche.
- Les leviers utilisés pour développer la qualité.

### **1.1. Le rythme de développement de la démarche:**

La conduite à adopter repose sur un rythme de développement fondé :

- Soit sur une démarche étendue d'emblée.
- Soit sur un développement par étape reposant sur l'extension progressive d'expériences pilotes et/ou sur l'intégration des expériences existantes.

#### **1.1.1. Le choix d'une démarche étendue d'emblée:**

Certains établissements choisissent de développer d'emblée une démarche qualité touchant l'ensemble des secteurs. Des nécessités d'adaptation rapide à l'environnement peuvent être à l'origine de ce choix.

Cette stratégie consiste à structurer d'emblée la démarche sur l'ensemble de l'établissement :

- Des moyens humains sont affectés à cette mission et rattachés directement à la direction.
- Les instances consultatives et délibératives sont associées.

---

<sup>19</sup> ANAES, op.cit. p.31

- Une politique est arrêtée et communiquée aux professionnels.
- Des actions sont engagées : formation des agents, actions qualité.
- Une évaluation des actions est conduite.
- La communication est assurée.

Cette stratégie comporte des avantages:

- Elle marque un engagement fort du management
- Elle conduit à une évolution culturelle rapide et globale
- Elle permet la cohérence entre les actions conduites.

La démarche prévoit d'emblée des structures de coordination avec des relais dans les différents secteurs. Des projets sont définis et conduits sur l'ensemble de l'établissement.

Cette stratégie impose un effort majeur de formation et un fort investissement du management dans l'animation de la démarche.

Cette stratégie comporte aussi des difficultés :

- Elle est peu aisée à mener dans des entreprises de grande taille, avec un effectif important.
- La mise en œuvre des principes de la qualité pour chacune des actions conduites peut s'avérer ardue.
- Elle représente un investissement initial important.
- En cas d'échec, l'ensemble de la démarche est alors menacé;
- Elle peut conduire à la mise en place de structures complexes qui ne facilitent pas le fonctionnement de l'organisation.
- Les initiatives de terrain, en matière de qualité, risquent d'être insuffisamment prises en compte.

Même si la démarche touche d'emblée l'ensemble de l'établissement, il s'agit d'une démarche itérative donnant des résultats progressifs. L'investissement initial plus important réduit les délais de maturation et de diffusion de la démarche. Toutefois, cette démarche reposant sur un changement culturel, les modifications significatives restent à un horizon de moyen ou long terme, généralement au minimum de 3 à 5 ans en fonction de la taille et de la culture initiale de l'établissement.

### **1.1.2. Le développement progressif à partir d'expériences pilotes et/ou à partir de l'intégration des expériences existantes:**

Cette stratégie consiste à lancer la démarche de façon très pragmatique dans un (ou quelques) secteur(s) ou sur un (ou quelques) thème(s) précis. La formation est assurée progressivement. L'animation de la démarche et l'utilisation des outils sont limitées aux thèmes d'étude et

d'action retenus. Le succès d'une action est porté à la connaissance de l'ensemble de l'institution, afin de susciter l'envie de participer à la démarche.

Cette stratégie comporte des avantages :

- Les efforts sont concentrés sur quelques actions ; ainsi les chances de succès de chaque action sont plus élevées.
- Les personnes ressources de la démarche sont identifiées peu à peu et peuvent ensuite participer activement à son développement.
- Elle permet à chaque secteur de progresser à son propre rythme, de répondre aux préoccupations des acteurs de terrain et de communiquer rapidement sur les résultats de chaque action.
- Les compétences sur la démarche qualité se développent progressivement ainsi qu'une culture favorable chez l'ensemble du personnel.

Les limites tiennent essentiellement à une mise en œuvre plus lente, mais aussi au caractère, parfois, parcellaire des actions conduites qui peuvent ne pas porter sur les priorités de l'établissement. Les professionnels peuvent avoir du mal à percevoir la cohérence globale et l'interpréter comme un faible engagement de la part du management.

Au fur et à mesure que le nombre de projets augmente, le besoin de coordonner l'ensemble apparaît, ce qui conduit à mettre en place les structures de pilotage et de coordination adaptées. Celles-ci sont nécessaires pour éviter les risques liés à une absence de cohérence d'ensemble, à une démotivation du personnel liée au choix de sujets d'importance secondaire et au manque de priorisation des actions<sup>20</sup>.

De la même manière, on peut développer la démarche qualité en s'appuyant sur l'existence d'initiatives ou d'expériences de démarches ou de projets qualité sectoriels. Cette situation se constate d'autant plus fréquemment dans les établissements, que leur taille est importante. L'objectif consiste alors à réunir et coordonner ces actions et mettre en place une organisation à partir de laquelle va se développer une démarche globale.

## **2. Les constantes à respecter:**

Le choix de la stratégie dépend de chaque établissement. Il appartient à la direction de déterminer, de manière concertée, celle qui paraît être la mieux adaptée à sa situation.

Il convient de noter que, quelle que soit la stratégie choisie, les quatre dimensions de la qualité sont à prendre en compte:

- La stratégie choisie est claire et portée à la connaissance de tous.

---

<sup>20</sup> ANAES, op.cit. p 32

- La technique : les méthodes adaptées sont utilisées. Ceci à un impact sur la culture en introduisant, par exemple, la pluridisciplinarité, la transversalité et l'évaluation.
- La structure : la mise en place des structures adaptées permet le pilotage et la coordination nécessaires.
- La culture : information et formation sont conduites de façon constante auprès de tous les professionnels afin que la culture de l'organisation évolue et que celle-ci soit prête à accueillir une démarche globale.

Quel que soit le rythme de développement choisi, il est nécessaire de faire le lien entre des actions concrètes de terrain et les axes d'amélioration prioritaires de l'établissement. Si on choisit un développement général d'emblée, ce qui conduit à générer simultanément de nombreuses actions qualité, on restera très attentif à la qualité de chaque action. Si on choisit de promouvoir le développement à partir d'actions de terrain, il importe de veiller d'une part à la maîtrise d'une cohérence globale, et d'autre part à ce que les efforts engagés portent sur les priorités de l'établissement.

Les deux approches présentées ci-dessus le sont de façon volontairement contrastée. Dans la pratique, c'est une approche mixte qui sera le plus souvent développée<sup>21</sup>.

### **3. L'utilisation de leviers pour développer la qualité:**

La mise en œuvre de la démarche qualité suppose la conduite de changements majeurs dans l'établissement. Ils doivent être impulsés par les leaders de l'établissement en guidant une démarche interne.

Pour impulser ces changements, les dirigeants peuvent avoir recours à un certain nombre de leviers, qui permettent de rendre le chemin à parcourir plus concret et jalonnent le développement.

Les systèmes de reconnaissance externe de la qualité constituent les leviers les plus couramment utilisés. Ils peuvent apporter une aide extrêmement importante pour accompagner la volonté interne. Plusieurs systèmes basés sur des mécanismes différents existent mais ont en commun d'engager l'établissement dans une démarche avec une méthode, une finalité concrète, des échéances et une appréciation externe.

Ces étapes clés vont jalonner la démarche d'amélioration de la qualité dont la dynamique doit être entretenue entre les phases du processus d'accréditation.

---

<sup>21</sup> ANAES, op.cit. p.33

D'autres démarches externes sont utilisées par les établissements, elles peuvent intéresser l'ensemble de l'établissement ou un de ses secteurs. Il peut s'agir de la certification selon les normes ISO d'un établissement dans son ensemble ou d'un secteur précis.

Les entreprises peuvent avoir recours à des démarches organisées autour d'objectifs internes. C'est le cas des établissements qui s'engagent dans une démarche de contractualisation interne en intégrant la dimension qualité dans les contrats liant la direction et les centres de responsabilité.

Dans d'autres cas, la démarche peut viser la maîtrise d'un processus particulier ou l'amélioration de sa performance ou d'un délai dans un secteur ou pour l'établissement dans son ensemble. Présentés sous forme de défis, ces objectifs permettent la mobilisation des équipes.

### **Section3 : Les enjeux et les objectifs de la démarche qualité :**

#### **I. Les enjeux:**

Les enjeux qui poussent les entreprises à promouvoir une démarche qualité sont nombreux, on peut les regrouper en cinq grandes catégories :

##### **1. Les enjeux fonctionnels ou opérationnels:**

La faiblesse de certaines entreprises réside dans leurs carences organisationnelles, plusieurs relations entre les services peuvent constituer des cadres difficilement maîtrisés qui peuvent être des sources de non-qualité.

##### **2. Les enjeux humains et sociaux:**

Les difficultés, les événements importunes et les incidents, plus ou moins graves, qui empêchent journalièrement le déploiement normal du travail ont des conséquences fatales sur le personnel, sur la qualité des produits et sur les coûts.

##### **3. Les enjeux économiques:**

La non-qualité est très coûteuse. Les complications entraînent des coûts de « réparation » appelés coûts de non-qualité ou coûts cachés. Les coûts qui composent la performance économique de l'organisation, s'échappent souvent aux procédures de comptabilisation<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup>S.A, Comprendre la démarche qualité, Ooreka. Frenligne, disponibles sur: [http://qualité,Ooreka.Fr](http://qualité.Ooreka.Fr) > démarche. qualitéconsulté le: 04/05/2018.

#### **4. Les enjeux humains :**

Garantir l'accès aux produits de qualité et de sécurité à la population

#### **5. Les enjeux environnementaux:**

Il s'agit de garantir la gestion de déchets liés à la fabrication des différents produits.

### **II. Les objectifs d'un démarché qualité:**

Une démarche qualité se décline en une série d'action permettant à une entreprises de :

#### **1. Améliorer sa compétitivité:**

- Accroître la qualité de ses produits et services.
- Attirer et fidéliser les clients.
- Accéder à de nouveaux marchés.

#### **2. Améliorer son organisation:**

- Disposer de bonne compétence.
- Impliqué et motivé son personnel.
- Piloter ses activités.
- Réduire ces coûts et ces délais.
- Palier tout dysfonctionnement.
- Mesurer la qualité de ses prestations pour la maintenir et l'améliorer.

#### **3. S'adapté aux évolutions commerciale, réglementaire et à son environnement<sup>23</sup>.**

- Améliorer le processus de production qui est le cœur de métier.
- Assurer la sécurité du client et obtenir sa satisfaction.
- Savoir à quel niveau de qualité on se situe et identifier les points faibles à améliorer<sup>24</sup>.
- Démontrer l'importance de la qualité dans l'amélioration des performances et la maîtrise de coûts.

---

<sup>23</sup> <https://archives.Entreprises.Gouv.fr> consulté le 06/06/2018.

<sup>24</sup> MIGNARDOT, la démarche qualité dans les établissements de santé (UTC) : Disponible sur : <http://www.UTC.fr> >UTC >stages > Mignardot. (Consulté le 4/05/2018).

### **III. Les freins dans une démarche qualité:**

La mise en place de la démarche qualité peut être confrontée à un certain nombre d'obstacles car la perception qui en est faite par les clients varie énormément d'un individu à un autre.

#### **1. La résistance au changement:**

Changer ses habitudes n'est pas facile, et chacun doit trouver dans la démarche qualité un intérêt au niveau collectif (nouveaux clients ..... ) et individuel (amélioration de son quotidien, gain de temps...).

#### **2. Le client:**

Faire entendre la voix de client dans l'entreprise et l'écouter ne répond pas toujours à la logique de production souvent dominante. Cela nécessite parfois des changements culturels importants.

#### **3. Le manque de temps :**

Comment mettre en place une démarche qualité quand le rythme de travail est déjà élevé ? Le temps consacré durant la démarche qualité est un investissement qui va se traduire par des gains une fois aboutie.

#### **4. Les outils de la démarche qualité:**

En réalité les outils de la qualité sont faciles d'accès, très performants et utiles au quotidien. L'investissement en formation à ces outils et/ou l'intervention d'un consultant expérimenté est donc très rentabilisé.

#### **5. La taille de l'entreprise :**

Une démarche qualité n'est pas réservée aux grandes sociétés. Pour quelles raisons devraient-elles satisfaire davantage les clients et améliorer leur fonctionnement que des entreprises plus petites ?

#### **6. Le statut public:**

Les organismes publics ont aussi des services à rendre et des usagers à satisfaire. En outre, ces organismes doivent fonctionner efficacement avec des budgets de plus en plus serrés et rendre des comptes. La démarche qualité s'applique donc parfaitement bien au secteur public.

## **7. La paperasse:**

Il y a bien eu par le passé des excès « bureaucratique », mais les approches actuelles et les nouvelles normes ont rectifié ces dérives et sont maintenant beaucoup plus rationnelles et efficaces. Chaque organisme choisit sa structure documentaire et le niveau de détails documentaire qui lui convient pour bien fonctionner<sup>25</sup>.

### **Conclusion :**

Dans ce chapitre nous avons analysé la démarche qualité au sein des entreprises. Ce qui nous a permis de comprendre son but et les étapes à suivre pour la réussir au sein d'une entreprise. Avant de mettre en place une démarche qualité, une organisation doit avoir une politique qualité qui détermine les objectifs à atteindre en termes de production et de management.

La démarche qualité est l'ensemble des actions menées par une entreprise pour :

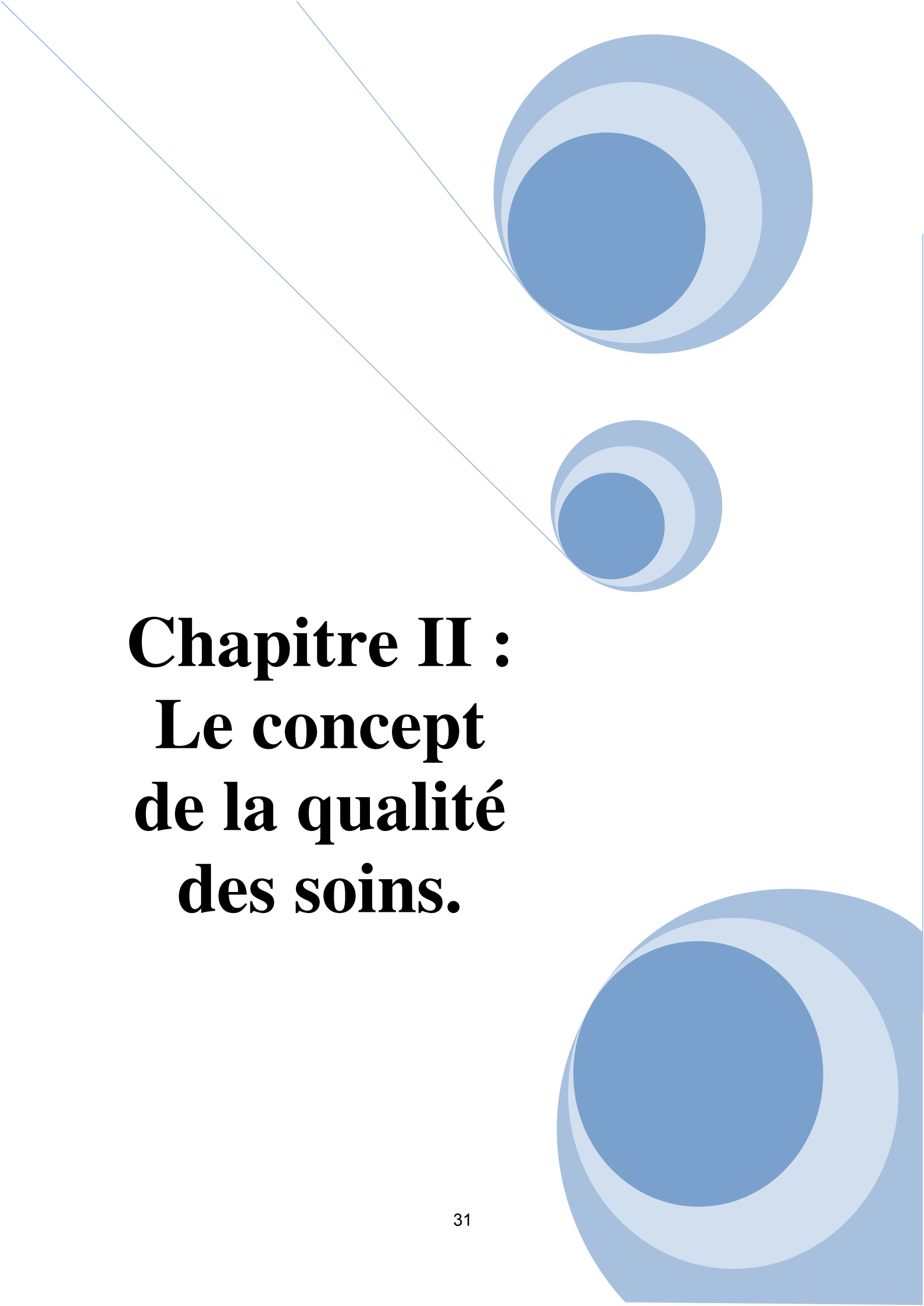
- Améliorer la qualité et la gestion de la qualité.
- Proposer de meilleurs produits, services ou prestations aux clients.
- Faire évoluer les salariés.

La démarche qualité vise à rendre l'entreprise plus flexible, plus dynamique et plus compétitive.

A travers, le management de la qualité, c'est tout le personnel de l'entreprise qui doit partager une seule vision de la qualité, une vision qui place le client au centre des préoccupations de l'entreprise.

---

<sup>25</sup> Mise en place d'une démarche qualité selon la norme ISO 9001 et V2008, mémoire de fin d'étude en l'obtention de master en hygiène et sécurité industrielle (promotion : 2014-2015), p 32

The page features a decorative graphic consisting of several overlapping blue circles of varying sizes and shades, arranged in a diagonal pattern from the top right towards the bottom right. Two thin blue lines intersect at the top left, extending towards the circles.

# **Chapitre II : Le concept de la qualité des soins.**

## **Chapitre II : Le concept de la qualité des soins.**

### **Introduction :**

La qualité des soins de santé correspond à la manière dont les services de santé dispensés aux patients et aux populations améliorent leurs résultats pour la santé, par la prestation de soins fondés sur les connaissances scientifiques, reflétée dans des dimensions techniques.

La qualité est aussi un ensemble de preuve qui tend à démontrer une façon de garantir une plus grande valeur des résultats de soin et d'assurer la viabilité du système et cela passe par une amélioration de la qualité deservice.

### **Section 1 : Généralité sur la qualité des soins.**

#### **I. Historique :**

Très en retard sur les Etats Unis qui ont développé les notions de qualité et de sécurité des soins dans les années 1950, le développement de l'évaluation de la qualité des soins en France, dont les débuts se situent en 1979, a connu, jusqu'en 1996, deux principales étapes dans son évolution:

➤ La première étape qui représente une période d'environ 10 ans, se caractérise essentiellement par des initiatives professionnelles. Ce sont les médecins qui ont débuté ce type de démarche dans le souci de démontrer le bien-fondé d'une auto-évaluation des pratiquesmédicales.

➤ La seconde étape se traduit par une institutionnalisation des démarches au sein des établissements publics. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 introduit l'obligation pour les établissements de garantir la qualité des soins à travers notamment la mise en place «d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient ». Cette loi est suivie des ordonnances d'avril 1996 fixant le cadre de l'accréditation et de l'évaluation de la qualité des soins.

Actuellement, les actions d'amélioration conduit dans la majorité des établissements de santé s'appuient sur des démarches pragmatiques permettant d'identifier de voies des progrès sans nécessairement suivant toutes les étapes d'une méthode formalisée<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup>TARKPESSIKossi, Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo, avril 2007

Depuis les dernières années, le service public à inspirer l'idée d'importer du monde industriel des instruments de management qui portent sur la qualité, pour avoir des formes organisationnelles développer et plus efficace dans le domaine.

L'hôpital est une organisation complexe, qui a une mission principale qu'est la production des soins et répondre aux besoins des patients.

Pour une meilleure interprétation du mouvement de la qualité au milieu hospitalier, une mise en perspective historique qui peut aider à identifier les acteurs qui participent à la production de la qualité, leur influence sur le processus, et les interprétations qu'ils donnent à la qualité hospitalière.

L'analyse de l'histoire de démarche qualité au sein des établissements hospitaliers fait ressortir, selon MINVIELLE deux grandes étapes de la qualité hospitalière : étape d'une approche administrativo-professionnel et l'étape d'une approche organisationnelle.

### **1. Première étape : l'évaluation de la qualité hospitalière**

Dans les années 80, de nombreux travaux ont vu le jour aux Etats-Unis, puis en Europe avec deux orientations sensiblement distinctes : l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles, et l'évaluation de la qualité des soins délivrés au sein de l'institution hospitalière<sup>27</sup>.

#### **1.1. La qualité des pratiques professionnelles :**

Dans cette destination, la qualité y est vue sous 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 technique d'actes de soins.

L'émergence de ce thème de l'évaluation dans le domaine des pratiques médicales, et par la suite infirmières, se réunit en effet à une série d'études américaines réalisées dans les années 1970 qui constatent d'importantes variations dans la réalisation d'actes médicochirurgicaux ne s'expliquant 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 recommandations de bonnes pratiques cliniques. La recommandation de bonne pratique clinique se définit comme une "description

---

<sup>27</sup> ARHABSamir, perspectives et modalités mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier, TM/0245, p36

standardisée et spécifique de la meilleure conduite à tenir dans une circonstance pathologique donnée, formulée à partir d'une analyse de la littérature scientifique et de l'opinion d'expert »<sup>28</sup>.

Dans cette animation, il est attirant de noter comment la qualité vient justifier un ensemble d'appréhensions touchant autant au contenu de l'expertise qu'à la découverte du 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 consensuelles : 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 élevée 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 statistiques rigoureuses, permettent d'apporter une évidence scientifique à la pratique recommandée. Au bout du compte, la qualité sert ainsi à valoriser une expertise professionnelle qui se conçoit, non plus à partir des données empiriques d'une pratique, mais sur la base d'arguments scientifiques.

Pour les infirmières 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 savoirmédical.<sup>29</sup>

## **12 La qualité des prestations hospitalières :**

L'évaluation des prestations hospitalières vient consacrer pour sa part une vision bureaucratifiée 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 déduites de textes juridiques.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup>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.

<sup>29</sup>MINVIELLE Etienne, op.cit. p. 59-84.

<sup>30</sup>MINVIELLE Etienne, Idem, p64

C'est à Avedis DONABEDIAN 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 sont identifiables :

- Les structures dans lesquelles sont délivrés les soins en distinguant les ressources humaines et matérielles.
- Les procédures de soins, c'est-à-dire les stratégies médicales et les actions de délivrance des soins.
- Les résultats, c'est-à-dire le changement d'état de santé consécutif aux soins et la satisfaction perçue par les patients.

Le dénominateur collectif de toutes ces actions est de conclure à la définition de références à chacun de ces niveaux, les "standards explicites de qualité", dès lors qu'une valeur quantitative leur est convoquée<sup>31</sup>.

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 hospitalières 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 est quantifiable doit permettre, en définissant des standards, d'identifier l'action engagée et donc de la justifier.

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

A travers la lecture de ces deux mouvements, l'E.Q.S. consacre simultanément des interprétations professionnelle et administrative de la qualité.

---

<sup>31</sup> ARHAB Samir, op.cit. p27.

## 2. La seconde étape : l'assurance de la qualité

Dans les années 1980, l'hôpital a connu un développement dans la démarche d'assurance de la qualité, dans le 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<sup>32</sup>.

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

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

La mise en place de ces principes impose à déterminer 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 survenue 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 que 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<sup>33</sup>.

Dans ce premier temps, engendré le développement des procédures écrites, Différents slogans tels 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 expliquée par les risques organisationnels encourus lors des transmissions orales d'informations.

---

<sup>32</sup> ARHAB Samir, op.cit. p28

<sup>33</sup> MINVIELLE Etienne, Op.cit. . pp. 59-84.

## **II. Les bases conceptuelles de la qualité des soins:**

### **1. La démarche qualité de soins:**

Selon la définition de (l'organisation mondiale de la santé) OMS, la qualité des soins est :

*« Une démarche qui permet de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostique et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultats en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût et pour le même résultats, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humain à l'intérieur du système de soins »<sup>34</sup>.*

A terme, la démarche qualité vise le développement d'une attitude systématique de correction des dysfonctionnements touchant chaque processus. L'atteinte de cet objectif repose sur le développement d'une culture qualité c'est-à-dire sur l'appropriation progressive des principes de la qualité par l'ensemble des professionnels.

### **2. Le soin :**

Au niveau individuel, la prise en charges du patient est implicitement décomposée en plusieurs types d'actes : les actes diagnostiques, de prescription et d'interventions 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...)

Au niveau global, à l'inverse, on entend le soin comme l'ensemble de tous les actes réalisés pour prendre en charge la demande liée à une maladie perçue.

### **3. La qualité des soins:**

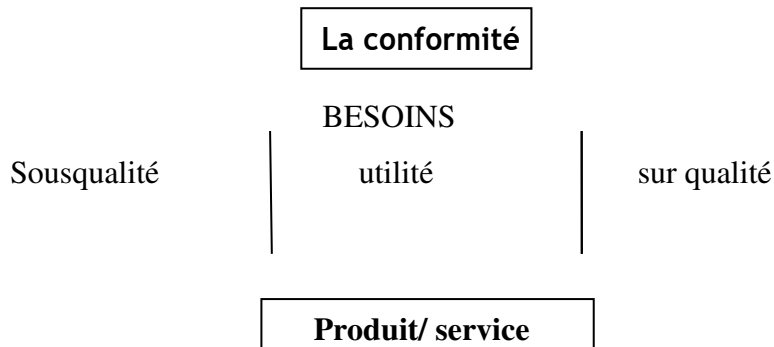
Aptitude des établissements de santé à dispenser, dans les respect de la sécurité sanitaires et de la satisfaction du patient, l'ensemble des prestations de soins que l'utilisateur est en droit d'attendre, compte tenu de l'état de la science médicale, et qui lui assureront le meilleur résultats en terme de santé, au meilleur coût pour lacollectivité.

---

<sup>34</sup> [www.santepublique.eu](http://www.santepublique.eu) consulté le 22/05/2018

#### 4. Le concept de conformité:

La conformité de service rendu repose sur une parfaite adéquation aux besoins des patients. Il ne s'agit pas plus d'offrir une sur-qualité qu'une sous-qualité de réponse, deux notions qui engendrent la non qualité<sup>35</sup>.



Il est donc indispensable de bien définir les besoins des clients pour qu'il y ait conformité et donc qualité. La définition des besoins résulte d'un accord mutuel entre fournisseur et client sur l'identification, l'expression et l'acceptation du besoin.

Distinguer les besoins, c'est aussi répondre à trois niveaux de satisfaction :

- Niveau de besoin latent : le plus qui fera la différence entre un service et un autre.
- Niveau de besoins explicite : la conformité aux exigences.
- Niveau de besoin implicite : le dû car évident et essentiel.

#### 5. Le concept de prévention :

Sur la base des trois niveaux de satisfaction qui viennent d'être décrits, la structure va pouvoir apporter trois types de réponses au final, le client est insatisfait.

- **La réparation** : des moyens curatifs sont mis en œuvre pour traiter les défauts constatés. Les processus ne sont pas remis en cause pour éviter de reproduire le dysfonctionnement.
- **Le contrôle** : des moyens sont mis en place pour que le défaut n'apparaisse pas aux yeux du client.
- **La prévention** : des moyens préventifs sont mis en place pour que le défaut ne puisse plus se reproduire. L'effort consenti à la prévention pour réduire de manière significative le

---

<sup>35</sup>Philippe ROURESSOL, op.cit.p15

réparation. Dans ce cas, il s'agira de tendre à donner une réponse conforme dès le premier coup et toutes les fois suivantes<sup>36</sup>.

### **III. Les conditions pour améliorer la qualité des soins:**

La qualité des soins nécessite de former les professionnels de santé à la mise en œuvre de programmes spécifiques. Elle requiert une organisation systémique des soins primaires, intégrant l'ensemble des professionnels ainsi que des conditions de travail satisfaisantes. Elle demande une gouvernance régionale de la santé, sans oublier une évaluation systématique des résultats médicaux et de la satisfaction générale tant des malades que de la population<sup>37</sup>.

Le manque de qualité des soins serait responsable de nombreux décès et de séquelles importantes chez bien des malades. Ses conséquences économiques pèsent lourdement sur la collectivité.

Les cinq conditions qui permettraient d'améliorer la qualité des soins sont : la formation des professionnels de santé, l'organisation systémique des soins, l'amélioration des conditions de travail, la gouvernance régionale, le contrôle et l'évaluation de la satisfaction des patients.

#### **1. La formation des professionnels:**

Les professionnels de santé ne sont pas préparés par leur formation à délivrer des soins de qualité. La plupart décident de la réalisation de nombreux examens diagnostiques et prescrivent les traitements qu'ils considèrent comme les meilleurs, sans avoir appris à l'université ou à l'hôpital à réfléchir sur leur utilité. Par exemple, les soins à domicile aux personnes âgées atteintes de maladies chroniques, qui constituent aujourd'hui une grande part des soins donnés par les médecins généralistes, exigent le respect de protocoles standards qui, en pratique, sont rarement appliqués.

Les prescripteurs ne disposent pas, faute d'une délégation des tâches, du temps nécessaire pour informer les malades et leur offrir le choix des moyens et des conduites à mettre en œuvre. Ce choix supposerait une information précise sur les risques et les avantages à court et à long terme de toutes les propositions légitimes, y compris celle de ne rienfaire.

---

<sup>36</sup> Philippe ROURESSOL, op.cit. p17

<sup>37</sup> [www.claudeberaud.fr/ameliorer-qualite-soins/](http://www.claudeberaud.fr/ameliorer-qualite-soins/) consulté le 25/08/2018

Les médecins négligent souvent l'efficacité de ces moyens, par exemple quand ils prescrivent des médicaments dont le prix est plus élevés que d'autres mais dont l'efficacité est comparable. L'absence d'une formation initiale les préparant à communiquer avec les malades ne les habitue pas à les informer et à respecter leur autonomie.

La sécurité des soins ne peut être maîtrisée, car rares sont les centres médicaux et les hôpitaux où les procédures diagnostiques et thérapeutiques sont formalisées afin que la qualité de la réalisation des actes techniques ou de la délivrance des médicaments soit garantie. Par exemple, les protocoles qui devraient accompagner toutes les prescriptions médicamenteuses, afin de les sécuriser en évitant les associations dangereuses, ne sont pas toujours mises en pratique<sup>38</sup>.

Rares aussi sont les structures hospitalières où les erreurs et les événements indésirables liés aux soins sont obligatoirement enregistrés, signalés, puis étudiés pour en déterminer les causes et prévenir leurs récurrences.

## **2. L'organisation des soins :**

En 1978, à Alma Ata (aujourd'hui Almaty), au Kazakhstan, l'OMS affirmait la nécessité de promouvoir partout les soins primaires. Trente ans plus tard, il semble que le message soit parvenu en France. Sans doute parce que les responsables politiques ont enfin compris que les soins primaires ne sont pas un modèle uniquement applicable aux pays en voie de développement. Leur organisation, confiée aux médecins généralistes et à des personnels infirmiers, est une priorité dans les pays économiquement les plus riches, comme l'ont compris plusieurs nations européennes pour répondre aux besoins de santé et de soins de leur population.

Pour être pleinement efficaces, les centres de soins primaires multidisciplinaires doivent être intégrés dans un système régional, incluant les soins spécialisés et hospitaliers. Faute de cette intégration, les sujets atteints de maladies chroniques errent d'un généraliste à un spécialiste ou d'un service hospitalier à un autre, sans qu'un médecin coordonne leurs soins et assure leur suivi. Ces pratiques individualistes, en partie conséquence d'un comportement concurrentiel et non collaboratif, sont coûteuses, dangereuses, parfois mortelles. Elles sont un obstacle majeur à l'accès de l'ensemble de la population à des soins préventifs et curatifs de qualité.

---

<sup>38</sup>[www.claudeberaud.fr/améliorer-qualité-soins/](http://www.claudeberaud.fr/améliorer-qualité-soins/)consulté le 25/08/2018

### **3. Les conditions de travail :**

Les conditions de travail des professionnels libéraux et hospitaliers, notamment celles des généralistes, doivent être adaptées aux besoins de la population. Pour offrir aux malades une permanence des soins, répondre aux besoins de prévention de la population et assurer le suivi et la continuité des soins, les centres de soins primaires doivent disposer de médecins et de professionnels en nombre suffisant afin que leur charge de travail ne soit pas excessive, leur temps de repos et celui de leur formation respectés.<sup>39</sup>

Les généralistes, non exclusivement rémunérés à l'acte, devraient disposer d'un revenu au moins égal à la moyenne de ceux des spécialistes. Des locaux seront éventuellement mis à leur disposition. Ils auront accès à un dossier médical partagé et à des logiciels d'aide à la prescription. L'université doit privilégier la démographie des médecins généralistes en améliorant leur formation.

### **4. Une gouvernance régionale:**

Une agence régionale de santé est indispensable pour, disposant de l'ensemble des informations sanitaires, réguler les moyens humains matériels et financiers, nécessaires à la satisfaction des besoins de soins préventifs et curatifs de la population.

### **5. Contrôle et évaluation:**

Un contrôle et une évaluation de la qualité des soins délivrés dans les structures libérales et hospitalières sont en effet nécessaires à la mise en œuvre d'une politique visant leur amélioration. Ce contrôle reposerait sur des indicateurs destinés à vérifier la qualité des prescriptions, des actes techniques et plus encore la satisfaction des malades et de la population

On sait aujourd'hui que ces indicateurs ne doivent pas seulement vérifier la réalisation de certaines procédures mais évaluer les résultats cliniques. En effet, la relation entre les pratiques, telles qu'elles sont suggérées par les recommandations scientifiques et les résultats cliniques dépend de nombreux facteurs sociaux, économiques et des comportements. Par exemple, l'activité physique et l'alimentation ont probablement autant, sinon plus, d'importance pour le résultat final que la réalisation et la multiplication de nombreux actes

---

<sup>39</sup> [www.claudeberaud.fr/ameliorer-qualite-soins/](http://www.claudeberaud.fr/ameliorer-qualite-soins/) consulté le 25/08/2018

techniques. C'est aussi la raison pour laquelle l'évaluation de la qualité des soins doit prendre en compte :

- La qualité des programmes d'éducation sanitaire réalisés par les centres de soins primaires.
- Le jugement porté par les malades sur l'information reçue des professionnels.
- La prise en compte de leurs valeurs et le respect de leur autonomie<sup>40</sup>.

Enfin, un jour viendra où la nécessité de contenir l'augmentation des dépenses conduira à l'évaluation de la qualité de l'efficacité des prescriptions, notamment médicamenteuses.

Prescrire des médicaments en dehors de leurs indications légitimes ou des médicaments de marque et non leurs génériques, refaire régulièrement « pour voir » sans raison médicale des examens radiologiques et biologiques, prescrire des hospitalisations évitables, sont autant de décisions qui ne modifient pas les résultats cliniques mais dont le coût d'opportunité nuit à une allocation efficace des ressources financières prélevées sur la collectivité.

## **Section 2 : Les typologies et la procédure d'accréditation des établissements de santé.**

### **I. Les typologies de la qualité des soins:**

La satisfaction du patient ne naît pas de l'absolu. Elle repose sur des attentes, en d'autres termes, la satisfaction est la différence entre ce qui est attendu et ce qui perçu par le patient.

F.STEUDLER distingue plusieurs variables en fonction desquelles varient les attentes du patient, nous pouvons distinguer trois principaux types d'attente <sup>41</sup>:

- **Les attentes technico-médicale :** correspondant à des besoins organiques primaires liés à une attente de réponse à son trouble, à sa souffrance et une restauration partielle ou totale du fonctionnement normale de son organisme.
- **Les attentes psychiques et sociales :** qui sont celles des contacts sociaux avec le nouvel environnement. Le patient, en proie à une inquiétude résultant de la rupture de milieu, attend des informations et des relations rassurantes.
- **Les attentes matérielles et intellectuelles:**

Le lien entre les attentes du patient et la satisfaction comporte une part de subjectivité, il y a plusieurs types de qualité selon le point de vue du patient et celui des professionnels :

---

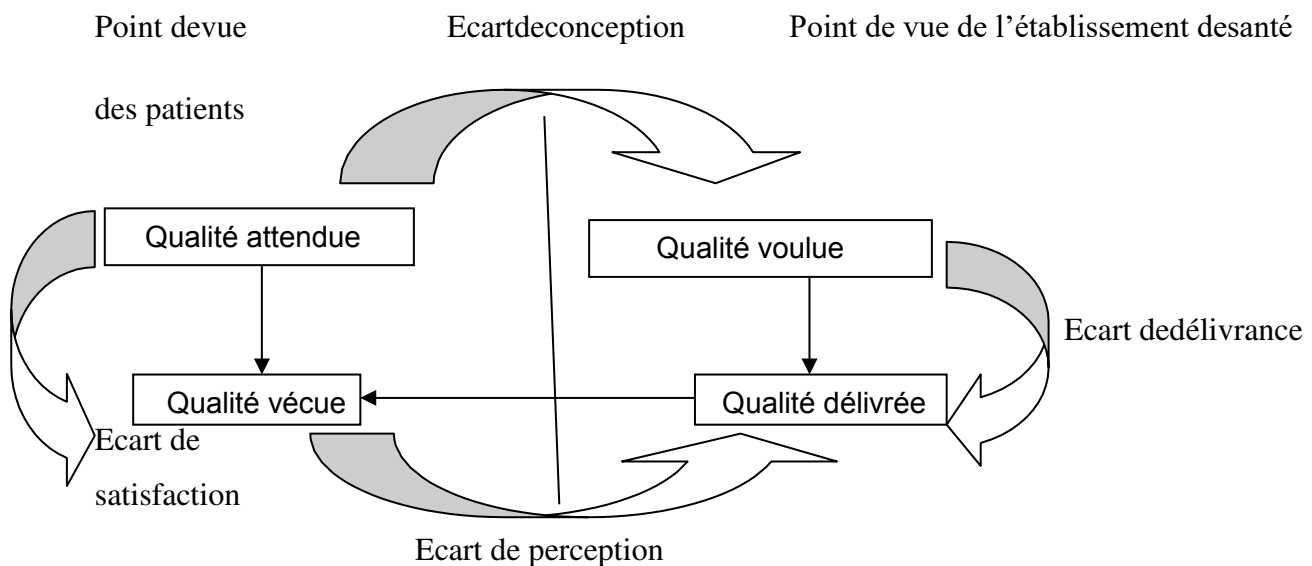
<sup>40</sup> [www.claudeberaud.fr/améliorer-qualité-soins/](http://www.claudeberaud.fr/améliorer-qualité-soins/) consulté le 25/08/2018

<sup>41</sup> F.STEUDLER, « l'accueil pour le malade, c'est une attente ». J Econ Med 1990, 10 :367-79

- **La qualité attendue** : se construit autour de ces besoins mais aussi de ses expériences antérieures de produit ou services.
- **La qualité perçue** : est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée.
- **La qualité voulue** est formulée par l'établissement de santé sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.
- **La qualité délivrée** : est celle que reçoit réellement le patient.

L'écoute du patient doit permettre de réduire l'écart de conception (qualité attendue – qualité voulue), l'écart de perception (qualité perçue – qualité délivrée) et l'écart de satisfaction (qualité perçue – qualité attendue). L'écart de délivrance (qualité délivrée – qualité voulu) et du domaine de la recherche de conformité assurée par les démarches d'amélioration de processus et de résolution des problèmes.

**Figure n°1** : schématisation de la qualité dans le secteur de services et adapté à la santé



**Source : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », paris, avril 2002, p 14**

Comme pour toute approche en matière de qualité, l'attention client doit s'appuyer sur un recueil de données. Dans ce champ particulier où le risque de subjectivité est important, le recueil de données et la mesure s'appuient sur des méthodes qualitatives<sup>42</sup>. L'exploration des attentes des clients se fait selon plusieurs approches, comportant diverses méthodes qui peuvent être combinées.

<sup>42</sup> ANES, op.cit. p 13

## **II. L'accréditation des établissements de santé:**

### **1. Définition de l'accréditation:**

Selon l'Association Française de Normalisation (A.F.N.O.R), il s'agit « *d'un examen systématique en vue de déterminer dans quelle mesure une entité est capable de satisfaire aux exigences spécifiques* »<sup>43</sup>.

### **2. L'accréditation des établissements de santé:**

Un système d'accréditation des établissements de santé, comparable à ceux qui se sont développés avec succès dans plusieurs pays étrangers essentiellement anglo-saxons : Etats-Unis (1917), Canada(1958), Australie(1974), Grande Bretagne(1989), est une solution consiste à procéder à une évaluation externe de la qualité du fonctionnement des établissements, débouchant sur une appréciation indépendante et rendue publique conférant confiance à l'utilisateur<sup>44</sup>.

### **3. La procédure d'accréditation:**

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Cette évaluation vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de la qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé. Elle contribue aussi à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein del'établissement.

L'accréditation s'adresse aux établissements dans leur ensemble et le cas échéant aux services et aux principales activités.

### **4. Le lien avec la démarche qualité:**

Accréditation et qualité constituent un nouveau système puisque l'instauration de la démarche qualité dans les structures de santé ne laisse plus le libre choix à l'initiative des directions d'établissements. L'accréditation impose donc un nouveau cadre réglementaire, étroitement liée à la démarche qualité dans ce qu'il présuppose une conduite de changement dans les pratiques professionnelles et dans le management des organisations.

---

<sup>43</sup> A.N.E.S. op.cit. p9

<sup>44</sup> Halgand Nathalie, «l'accréditation hospitalière: contrôle externe ou levier de changement», revue française de gestion, 2003/6 n° 147, p219.

## **5. Principes et objectifs de l'accréditation**

### **5.1. Principes de l'accréditation:**

L'accréditation ne saurait être confondue à un contrôle de conformité, à des normes réglementaires, réalisé par des corps d'inspection de l'Etat, même si les experts visiteurs de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S) s'assurent que chaque établissement dispose de procédures internes et /ou externes issus de contrôle à caractère réglementaire.

Conduite à l'aide de référentiels, la procédure d'accréditation tend à analyser le positionnement de l'établissement par rapport à des références thématiques qui sont :

- **Le patient et sa prise en charge:**
  - Droits et information du patient.
  - Dossier du patient.
  - Organisation de la prise en charge du patient<sup>45</sup>.
- **Management et gestion aux services du patient:**
  - Management de l'établissement et des secteurs d'activité.
  - Gestion des ressources humaines.
  - Gestion des fonctions logistiques.
  - Gestion du système d'information.
- **Qualité et prévention:**
  - Gestion de la qualité et prévention des risques.
  - Vigilances sanitaires transfusionnelles.
  - Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux.

La procédure permet également d'évaluer la dynamique qualité dans l'établissement sur l'ensemble de ces thèmes et de mesurer le niveau de structuration de la démarche qualité au plan institutionnel. Il s'agit donc d'un système de reconnaissance externe de la qualité qui structure une démarche explicitement définie par étape.

### **5.2. Objectifs:**

La procédure conduite par l'A.N.A.E.S définit six objectifs principaux :

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

---

<sup>45</sup> ROURESSOL Philippe, op.cit. p37

- La formulation de recommandationsexplicites.
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarchequalité.
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements desanté.
- L'amélioration de la confiance dupublic.

## **6. Les enjeux de l'accréditation :**

### **6.1. Des enjeux réglementaires:**

Les établissements ont l'obligation de s'engager dans la procédure en signant un contrat d'accréditation avec l'A.N.A.E.S. Il s'agit également notamment, grâce à l'examen des fiches de sécurité, de permettre à l'établissement de se mettre davantage en conformité avec les normes en vigueur. C'est le cas par exemple de la sécurité incendie, de la pharmacie, de la sécurité de l'air ou de l'eau.

### **6.2 Des enjeux organisationnels:**

L'accréditation développe une approche transversale de l'organisation et non plus un modèle de management vertical. Mobilisation des personnels, développement des interfaces, décloisonnement, il s'agit de mettre en place une culture de partage des responsabilités.

### **6.3 Des enjeux de positionnement de la structure:**

La publication du rapport du collège sur internet et sa transmission à l'A.R.H à un impact sur l'image et le positionnement de l'établissement dans son bassin d'attraction. En interne, comme vis-à-vis de la population locale, cet impact est d'autant plus sensible.

### **6.4 Des enjeux pour le patient:**

Il s'agit de rétablir la confiance en une structure capable de mettre en place et de respecter un ensemble de procédures d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### **6.5 Des enjeux budgétaires et financiers:**

Il n'y a pas officiellement de lien entre l'accréditation d'un établissement et l'allocation de ses ressources. En interne, les coûts liés à la non-qualité peuvent être réduits<sup>46</sup>.

## **III. Les dimensions principales de la qualité des soins :**

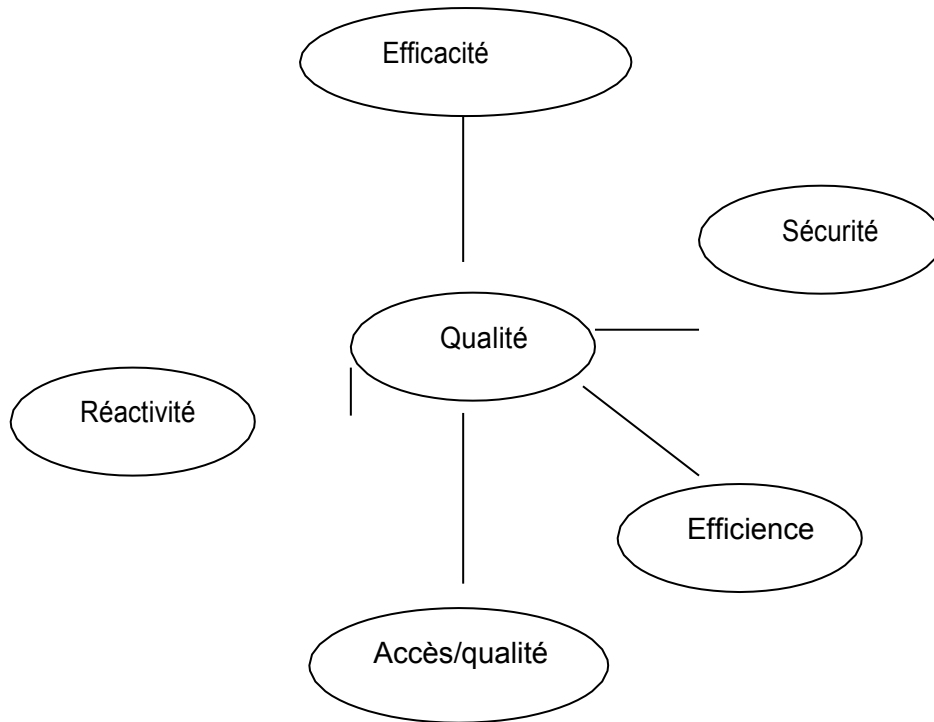
Les principales dimensions de la qualité des soins peuvent être regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres d'analyse, telles que la pertinence, la ponctualité (*timeliness*), l'aptitude (*patient centeredness*), la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc. Les travaux de

---

<sup>46</sup> ROURESSOL Philippe, op.cit. p38

l'OCDE sur les indicateurs de qualité permettent de faire un état de lieux des informations et des indicateurs disponibles dans un grand nombre de pays.

**Figure 3 : Dimensions de la qualité**



Source : OR Zeynep, COM-RUELLE Laure, La qualité des soins en France : comment mesurer pour l'améliorer ? IRDES-décembre 2008.

Outre les différentes dimensions de la qualité des soins, son appréciation distingue trois champs d'investigation pouvant se baser sur des mesures relatives à la structure de soins, au processus de soins ou aux résultats finaux. La qualité structurelle s'intéresse aux ressources employées, notamment aux normes des établissements et des équipements. La qualité du processus de soin se concentre sur l'interaction entre les professionnels de santé et les patients. Les résultats fournissent des preuves ou des témoignages en termes d'amélioration de l'état de santé des patients.

Les mérites de différents types de mesure sont largement débattus dans la littérature. Certains suggèrent que les mesures du processus sont plus sensibles à la qualité que celles de la structure ou des résultats. Idéalement, une évaluation complète de la qualité des soins doit

comprendre ces trois types de mesure puisqu'ils examinent différents aspects complémentaires pour donner une visionnitière.

Les mesures concernant les structures sont plutôt bien développées grâce à l'accréditation. Il n'en est pas de même pour les mesures de processus ; il semble y avoir un manque particulier en ce qui concerne la qualité du processus technique (*technical process quality*) qui fait référence à la pertinence des décisions concernant les diagnostics et les choix thérapeutiques pour les patients. Il est possible d'étudier la qualité à différents niveaux. On peut la mesurer pour un ou plusieurs soins spécifiques, pour un groupe de soins fournis par un ou plusieurs professionnels de santé, au niveau d'un ou plusieurs établissements de santé ou encore de manière générale au niveau du système de santé.

### **1. L'efficacité:**

L'efficacité est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres. DONABEDIAN souligne que l'efficacité est l'aptitude à atteindre ou à réaliser de toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires. La pertinence (*appropriateness*) est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent aux besoins cliniques et soient basés sur de solides recommandations médicales<sup>47</sup>.

### **2. La sécurité:**

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

### **3. L'accessibilité:**

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé et au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et

---

<sup>47</sup>ORZeynep, COM-RUELLE Laure, La qualité des soins en France: comment mesurer pour l'améliorer? IRDES- décembre 2008, p5.

exige que les services de santé soient a priori disponibles. L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographique, économique et sociale. La ponctualité (*timeliness*) est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement. Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire des soins).

#### **4. La réactivité :**

La réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient (*responsiveness*) renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social et le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.

Un autre terme est souvent employé « *patient-centeredness* » : il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle. La continuité des soins renvoie à la coordination des soins de santé dans le temps et à travers différents professionnels et établissements pour un même utilisateur<sup>48</sup>.

#### **5. L'efficience:**

Enfin, l'efficience se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices.

Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables. La plupart des problèmes de la qualité des soins impliquant une sous ou une sur utilisation des ressources, certains ajoutent une dimension

---

<sup>48</sup>OR Zeynep, COM-RUELLE Laure, op.cit.,p13

connexe à la définition de la qualité pour « s'assurer que des services sont fournis de manière efficiente ».

Mais ceci ne fait pas vraiment l'unanimité. L'IOM (l'organisation internationale de migration) soutient par exemple que les soucis d'efficience (contraintes de ressources) ne devraient pas être introduits dans la définition de la qualité, celle-ci ne devant pas varier en fonction des moyens disponibles. Les décideurs publics, les professionnels de santé et les utilisateurs devraient pouvoir distinguer des problèmes de qualité de ceux qui résultent de la non-disponibilité de ressources ou de l'inefficience.<sup>49</sup>

### **Section 3 : La mesure la qualité des soins :**

#### **I. La mesure de la qualité des soins et ses indicateurs:**

##### **1. La mesure de la qualité des soins:**

L'analyse de la qualité et les stratégies d'amélioration sont plus ou moins réduites, les individus et la population intègre une plus large approche en termes de santé et de prévention, en plus des soins médicaux destinés aux patients. La définition de l'organisation internationale de migration (IOM) est plus limitée que celle de DONABEDIAN qui vise à maximiser le « bien être des patients ».

Par ailleurs, notons que la définition de l'OMS, comme la plupart des cadres nationaux, introduit la notion d'efficience. (« ... au meilleur coût pour le même résultat ... ») dans la définition de la qualité tandis que l'IOM défend l'idée selon laquelle la préoccupation des ressources disponibles ne doit pas intervenir dans la définition de la qualité.

En effet, la définition de la qualité des soins a évolué au cours des deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs et celui des patients en particulier. La qualité est donc une notion multidimensionnelle.

La plupart des gouvernements des pays occidentaux ont investi dans des agences spécifiques pour développer des visions et des stratégies de qualité des soins selon les priorités et les possibilités nationales. Des cadres conceptuels exprimant explicitement les valeurs de la qualité et les dimensions prioritaires sont développés aux niveaux national et international afin de mettre en place et de suivre des politiques complètes et cohérentes.

---

<sup>49</sup> Zeynep Or, Laure Com-Ruelle, Op.cit, p, 14

## 2. Les indicateurs de mesure de la qualité des soins:

Les indicateurs de la qualité des soins comportent plusieurs dimensions. Ils peuvent s'appliquer aux résultats (d'efficacité clinique ou morbidité, de sécurité, de qualité perçue par le patient et son entourage), aux processus (pratiques professionnelles et aspects organisationnels) ou aux structures (personnel, matériel...). Les indicateurs sont des outils et des leviers d'amélioration de la qualité des soins et de la transparence.

On peut constater que bon nombre d'approches de la qualité considèrent qu'il est possible de mesurer, directement ou indirectement, la qualité des soins produits par un établissement afin de la comparer avec celle d'autres établissements. Pour ce faire, trois types d'indicateurs de qualité des soins peuvent être retenus :

➤ **Les indicateurs de « résultats » de santé:**

Qui mesurent la satisfaction du patient, la mortalité et/ou la morbidité ainsi que l'état fonctionnel des patients. Ces indicateurs sont des objectifs que se fixe la structure sanitaire.

➤ **Les indicateurs de « procédures »:**

Qui renseignent sur l'organisation, les pratiques et les manières de faire.

➤ **Les indicateurs de « structures » :**

Qui s'intéressent aux ressources humaines, matérielles et financières consacrées aux soins.

Désormais, les indicateurs de structures tendent à devenir obsolètes alors que l'accent est davantage mis sur les indicateurs de procédures et de résultats.

Les indicateurs les plus fréquemment utilisés pour mesurer et comparer la qualité des soins dispensés par les hôpitaux sont : nombre d'actes, mortalité hospitalière, attractivité de l'établissement, durée moyenne de séjour, taux de césariennes et d'infections nosocomiales. Les résultats de cette analyse conduisent à remettre en question la validité scientifique de ces indicateurs, lesquels conduiraient à produire des approches très partielles et réductrices de la qualité des soins. Ce type de démarche, essentiellement centrée sur l'efficacité technique des soins, repose en effet sur l'usage de critères d'évaluation quasi-industriels, qu'il s'agisse du volume de l'activité (nombre d'actes par an), du taux d'erreurs ou de défaillances (décès), du temps de fabrication (durée moyenne de séjour) ou de la part de production à l'exportation (notoriété, attractivité de la structure).

Certains montrent qu'il existe un rapport étroit entre les indicateurs de performance clinique (taux de mortalité réduits, satisfaction des patients, etc.) et la qualité de vie au travail perçue par le corps infirmier (sens de l'autonomie, bonne communication au sein des équipes,...).

Ces constats peuvent nous faire penser que l'amélioration de la prise en charge des patients passe par une meilleure organisation du travail et par une prise en compte accrue du facteur humain.

## **21. Le contexte d'indicateurs en matière de la qualité:**

Le ministère de la santé et la haute autorité de santé (HAS) français ont décidé de mettre en œuvre un recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans tous les établissements de santé. Un dispositif de pilotage et de concertation avec l'ensemble des professionnels concernés est mis en place pour accompagner ce chantier de généralisation d'indicateurs.

Le choix des thèmes retenus répond aux objectifs prioritaires de santé publique et d'organisation des soins, déterminés de manière concertée, après validation par les professionnels, les conférences des établissements de santé et les représentants des usagers (les infections nosocomiales, la douleur, la continuité des soins, parexemple).

Les indicateurs nationaux sont issus de travaux de recherche et d'expérimentation, notamment avec le projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH). Ils ont été conçus pour être à la fois fiables, valides, pertinents, faisables, lisibles et en cohérence avec les autres démarches de qualité.

Des outils informatiques permettent le recueil et le calcul des indicateurs ainsi que la transmission des données au ministère de la santé ou à la HAS ainsi que la restitution rapide de résultats aux établissements, aux services déconcentrés, aux ARH et, bientôt, aux agences régionales de santé(ARS).

## **22. Les enjeux des indicateurs de qualité:**

Les indicateurs de qualité de l'ensemble des établissements de santé répond à des enjeux majeurs :

- Satisfaire à l'exigence de transparence des usagers et de leurs représentants.
- Fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité.
- Permettre un pilotage par la qualité pour les instances régionales.

## **23. Les modalités pratiques des indicateurs:**

Cinq indicateurs sur la gestion du risque infectieux sont concernés :

- ICALIN (indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales).
- ICSHA (indicateur de consommation de solutions ou de produit hydro-alcooliques).

- SURVISO (surveillance des infections du siteopérateur).
- ICATB (indice composite de bon usage desantibiotiques).
- UN score agrégé est élaboré à partir des résultats de chacun desindicateurs.

Cinq indicateurs portant sur la qualité de la prise en charge du patient complètent la liste et concernent :

- La tenue du dossierpatient.
- Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
- Le dépistage des troublesnutritionnels.
- La traçabilité de l'évaluation de ladouleur.
- La tenue du dossieranesthésique.

Des dispositions applicables sont prévues en cas de non-respect de la mise à disposition du public par l'établissement de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Le non-respect de l'obligation est établi lorsque l'établissement de santé s'abstient de mettre à la disposition du public les résultats de ses indicateurs ou lorsque cette mise à disposition est incomplète ou insuffisante. En cas de non-respect des délais, le directeur général de l'ARS adresse au directeur de l'établissement une mise en demeure afin de mettre ses indicateurs à disposition du public dans un délai de trois mois.

En cas d'insuffisance ou de non-respect des engagements pris, le directeur général de l'ARS peut prononcer, par décision motivée et publiée, une sanction visant à une diminution, dans la limite de 0,1% des recettes totales de l'assurance maladie de l'année de la mise en demeure, d'une des dotations de financement suivantes :

- Dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale (dotation MIGAC).
- Produit des tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L.162-22-4 du code de la sécurité sociale (il s'agit des tarifs de responsabilité applicables aux établissements de soins privés n'ayant pas conclu deconvention).
- Dotation mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale (il s'agit des établissements de santé dans le cadre des activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation).

Les indicateurs permettent de mesurer un résultat concernant la qualité. Plusieurs types de résultats peuvent être mesurés<sup>50</sup> :

- Les défauts et dysfonctionnement : un dysfonctionnement correspond à un résultat non attendu d'un processus.
- La démarche de résolution de problème permet de le limiter ou de le faire disparaître. Le nombre de dysfonctionnement (ou le taux) sera le meilleur indicateur de succès de l'action engagée. Dans cette catégorie entre un grand nombre de mesures de la qualité (erreurs, produits défectueux, doublons, délais d'attente).
- Le respect du processus de conformité d'une étape d'un processus.
- La performance de processus ; l'indicateur peut mesurer les résultats ou la performance d'un processus.
- La capacité des processus à répondre aux attentes des clients.

### **3. Les objectifs de la mesure de la qualité:**

La mesure de la qualité permet d'assurer la maîtrise ou l'amélioration des processus. Cette mesure est nécessaire tant en interne qu'externe.

Le besoin interne de mesure de la qualité est celui du responsable d'un secteur ou du responsable des établissements afin de s'assurer que la démarche qualité atteint ces objectifs. La démarche vise à garantir que des secteurs de l'établissement ou des processus sont faibles. 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 besoin externe est celui des donneurs d'ordre, de client, voire de tutelles et vise à donner confiance dans la qualité des produits fournis par l'établissement.

Ces besoins peuvent être satisfaits grâce aux indicateurs, à des audits qualité, à la certification, à l'obtention d'un prix qualité ou encore à la certification d'engagements de services.

Le choix de modalité dépend du contexte, du niveau de fiabilité recherché par l'établissement, des contraintes imposées par la réglementation ou par les clients<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> ANAES, Op.cit. 61-62

<sup>51</sup> ANAES, op.cit. p63

## **II. Les limites de la démarche qualité dans le milieu hospitalier:**

Des obstacles fréquents viennent freiner l'efficacité de la mise en œuvre de la démarche qualité en établissement de santé :

### **1. L'absence de volonté réelle des décideurs:**

L'engagement fort de la direction dans la démarche peut entraîner une période de perplexité de la part des différentes équipes. L'absence d'engagement est très préjudiciable pour pérenniser l'effort mis en œuvre.

### **2. La résistance au changement:**

La démarche qualité implique de passer notamment d'une culture orale largement répandue chez les professionnels de santé à la formalisation des processus. Cette évolution est souvent mal vécue.

### **3. La charge de travail supplémentaire:**

Elle est inévitable et se réalise la plupart du temps avec un niveau de ressource interne équivalent. Les fruits de ce surinvestissement ne sont pas immédiats.

### **4. La balkanisation des secteurs d'activité:**

Culturellement, les différents secteurs d'un établissement de santé sont relativement cloisonnés lorsqu'ils ne cultivent pas de rivalité déclarée. La démarche qualité bouleverse cette organisation puisqu'elle pénètre l'institution de façon transversale<sup>52</sup>.

### **Conclusion :**

La prise de conscience de l'intérêt et des moyens de mesure de la qualité des soins est aujourd'hui réelle, tout autant que les efforts mis en œuvre pour progresser en la matière.

Pourtant, les préconisations de mesures de la qualité des soins datent de très longtemps.

La qualité des soins n'est pas facile, pourtant, des bonnes mesures de la qualité existent et de grandes marges de progrès sont possibles. Il est important d'améliorer la mesure de la qualité de manière continue pour identifier et évaluer les faiblesses et les forces d'un système, car ce qui n'est pas mesuré ne peut être amélioré.

---

<sup>52</sup>ROURESSOL Philippe, op.cit. p30.

A decorative graphic on the right side of the page. It features three overlapping circles in shades of blue, arranged vertically. Two thin blue lines originate from the top left and extend towards the circles, one ending near the top circle and the other near the middle circle. A large, partially visible blue circle is at the bottom right corner.

# **Chapitre III: Présentation de la qualité au milieu hospitalier (cas CHU TiziOuzou)**

### **Chapitre III : Présentation de la qualité au milieu hospitalier (cas CHU Tizi Ouzou).**

#### **Introduction :**

La satisfaction des différents acteurs hospitaliers est devenue un enjeu fondamental dans tous les établissements publics.

Pour mieux assimiler cette importance nous avons effectué une enquête de satisfaction sur la qualité de soins ou niveau du service cardiologie du CHU, NEDIR Mohammed de Tizi Ouzou. Cette enquête s'est appuyée sur un questionnaire sur l'ensemble des aspects de la qualité des soins au niveau de cet établissement de l'accueil à la sortie, en passant par l'hospitalisation, la prise en charge des malades et différents soins reçus pendant le séjour passé à l'hôpital.

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale, et de l'autonomie financière. Il a été créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministère chargé de la santé, et du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de préventions, de formations, d'études et de recherches.

➤ En matière de santé, il est chargé de:

- Assurer les activités de diagnostic, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de préventions, ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé.
- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de : la prévention, de l'hygiène, la salubrité, lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidente à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

➤ En matière de formation, il est chargé de:

- Assurer, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post graduée et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.

- Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels desanté.
- En matière de recherche, il est chargé de:
  - Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, des travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences desanté.
  - Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science desanté.

## **Section1 : Présentation et historique du CHU.**

### **I. Historique de CHU Tizi Ouzou :**

En tant que structure hospitalière, elle a été inaugurée en 1956 par les autorités coloniales sous l'appellation Hôpital «NAEGELENE» et nommé Hôpital NEDIR Mohamed à partir de 1962. Ensuite, il est passé à un secteur sanitaire vers l'année1980.

A compter de 1982, il a fonctionné sous le nom «Centre Hospitalo-universitaire (C.H.U)», mais sa création juridique n'a été faite qu'à partir de 1986<sup>53</sup>.

Avant, l'unité NEDIR ne contenait que certaines spécialités qui sont :

- Médecine générale.
- Maternité.
- Chirurgie générale.
- Gynécologie.
- Servicetuberculeux.
- Servicehospice.
- Cabanonpsychiatrique.
- Pédiatrie.

L'actuelle unité SIDI BELLOUA était à cette époque un sanatorium.

Aujourd'hui, le C.H.U NEDIR Mohamed, est composé de deux unités dépendantes de lui et sous sa responsabilité qui sont :

- L'unité NEDIR Mohamed (siège duC.H.U)

En tant que structure hospitalière, elle a été inaugurée en 1956 par les autorités coloniales sous l'appellation Hôpital «NAEGELENE» et nommé Hôpital NEDIR Mohamed à partir de 1962. Ensuite, il est passé à un hôpital régional, et vers l'année 1980 à un secteursanitaire.

- L'unité SIDIBELLOUA.

---

<sup>53</sup>Document interne de l'hôpital CHU NEDIR Mohammed Tizi Ouzou

Et de trois services extra-muraux qui sont :

- Le Service de la médecine du travail;
- Le Service de la chirurgie dentaire;
- Le Service des consultations spécialisées.

### **1. UNITE NEDIR MOHAMED (siège du C.H.U):**

Elle est implantée sur une superficie totale de 42 288 M<sup>2</sup> située au centre du chef lieu de wilaya, c'est une structure qui renferme l'ensemble de l'administration (hôpital siège) et des spécialités stratégiques dans le domaine de l'urgence, de même que l'ensemble du plateau technique d'investigation et la plupart des spécialités chirurgicales sont domiciliées à ce niveau.

- Chirurgie infantile.
- Chirurgie viscérale (générale).
- Chirurgie traumatologie orthopédique.
- Chirurgie urologique.
- Neurochirurgie.
- Cardiologie.
- Maladies infectieuses.
- Hématologie.
- Médecine interne.
- Pédiatrie I.
- Pédiatrie II.
- Néphrologie.
- Service d'Epidémiologie et de la Médecine Préventive.
- Réanimation médicale.
- Réanimation chirurgicale.
- Urgences de médecine.
- Urgences de chirurgie.
- Urgences de pédiatrie.
- Service d'Aide Médicale Urgentiste (SAMU).

En plus des services d'hospitalisations, le C.H.U NEDIR Mohamed, est doté de plusieurs services médico-techniques, qui sont :

- Laboratoire central.

- Laboratoire de microbiologie et parasitologie.
- Laboratoire d'hémobiologie.
- Centre de transfusions sanguines.
- Laboratoire d'anatomie-pathologie (ANAPATH).
- Unité de Gastro-entérologie.
- Unité de Cytologie.
- Service de radiologie centrale.
- Pharmacie médicaments.
- Pharmacie instrumentation<sup>54</sup>.

## **2. Unité Sidi Belloua:**

Implantée sur une superficie totale de 62.500 M<sup>2</sup> et constituée en 4 bâtiments, l'unité BELLOUA est située à 04 Km de la ville de Tizi Ouzou dans le village REDJAOUNA, ainsi qu'une activité moindre que celle de l'unité NEDIR Mohamed, mais elle constitue aujourd'hui l'avenir du CHU de Tizi-Ouzou du fait des possibilités qu'elle offre par son extension. Elle renferme les services suivants:

- Ophtalmologie.
- O.R.L. (Oto-Rhino-Laryngologie).
- Gynécologie.
- Oncologie.
- Neurologie.
- Pneumo-phtisiologie.
- Rhumatologie.
- Rééducation fonctionnelle.
- Dermatologie.
- Neurophysiologie.

Elle contient aussi le plateau médico-technique suivant :

- Laboratoire de biochimie.
- Pharmacie.
- Radiologie<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Document interne de l'hôpital CHU NEDIR Mohammed Tizi Ouzou

<sup>55</sup> Idem.

### 3. Services Extra-muraux:

- Les consultations spécialisées se trouvent dans un local appartenant à la C.N.A.S.<sup>56</sup>
- La clinique de chirurgie dentaire sous l'appellation «Professeur HANACHI Atika" disposant de 50 fauteuils dentaires, domiciliée dans un local appartenant à la C.N.A.S, englobant 05 services à savoir:
  - Pathologie bucco-dentaire.
  - Prothèse.
  - Parodontologie.
  - Ortho-dentisterie-faciale.
  - Odontologie conservatrice.
- Service de médecine du travail situé à 1 Km du C.H.U.

### 4. Présentation de l'organisme:

Conformément à l'arrêté interministériel du 26.04.1998, portant, l'organigramme des centres hospitalo-universitaires, le Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'Administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé «conseil scientifique». Le directeur général est également assisté d'un comité consultatif qui met en œuvre les propositions et recommandations du conseil scientifique, en plus des différentes directions et sous directions qui en constituent l'organigramme.

Le conseil d'administration du C.H.U de Tizi-Ouzou comprend :

- Le représentant du ministère chargé de la santé(Président).
- Un représentant du ministère chargé de l'enseignement supérieur.
- Un représentant de l'administration des finances.
- Un représentant des assurances économiques.
- Un représentant des organismes de sécurité sociale.
- Un représentant de l'assemblée populaire communale siège du centre hospitalo-universitaire;
- Un représentant de l'assemblée de la wilaya siège du CHU.
- Un représentant des spécialistes hospitalo-universitaire élu par ses pairs.
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs.

---

<sup>56</sup>Document interne de l'hôpital CHUNEDIR Mohammed Tizi Ouzou

- Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale.
- Un représentant des associations d'usagers.
- Un représentant du conseil scientifique du CHU.

## **5. Consistance physique de l'unité NEDIR MOHAMED:**

Construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1953. D'une architecture rustique et des plus harmonieuses, l'hôpital est réalisé en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication entre les services et facilitent les transferts des malades.

## **6. La structure du CHU:**

### **6.1. Les blocs opératoires:**

- Chirurgie viscérale, Traumatologie, Neurochirurgie, Urologie, CCI et blocs des urgences.
- Les services d'hospitalisations, ces services sont:

### **6.2. Services:**

- Médicaux:

Médecine interne, cardiologie, hématologie, réanimation médicale, réanimation chirurgicale, pédiatrie, néonatalogie, maladie infectieuses, psychiatrie, néphrologie, centre d'hémodialyse, gastro-entérologie.

- Chirurgie:

Chirurgie viscérale, traumatologie, neurochirurgie, urologie, chirurgie infantile, unité de transplantation rénale, uro-néphrologie, chirurgie thoracique.

- Explorations biologiques :

Laboratoire de biochimie, laboratoire de microbiologie parasitologie, laboratoire d'anatomie pathologique, laboratoire d'hémobiologie, centre de transfusion sanguine<sup>57</sup>.

- Autres services médicaux:

Médecine de travail, médecine légale, service d'épidémiologie et de médecine préventive, le SAMU.

- Bloc pédagogique:

Un amphithéâtre, une bibliothèque, une médiathèque (internet), une salle de réunion.

- Les consultations spécialisées:

---

<sup>57</sup>Document interne de l'hôpital CHU NEDIR Mohammed Tizi Ouzou

Les consultations spécialisées de l'unité NEDIR sont les suivantes : médecine interne, cardiologie, néphrologie, chirurgie générale, chirurgie traumatologie, urologie, chirurgie infantile, neurochirurgie, pédiatrie, kinésithérapie, néonatalogie, hématologie, psychologie, endocrine-diabétologie, anesthésie réanimation, infectieux.

➤ Les urgences :

Le pavillon des urgences de médecine, le pavillon des urgences de chirurgie, le pavillon des urgences de pédiatrie, le pavillon des urgences de néonatalogie.

➤ Explorations radiologiques:

Radiologie centrale, radiologie des urgences, échocardiographie (au niveau du service de cardiologie), unité de cathétérisme (en cardiologie), unité d'exploration gastro-entérologie, unité d'exploration au niveau des urgences de néonatalogie (Bronchoscopie, ETF, échocardio, fibroscopie).

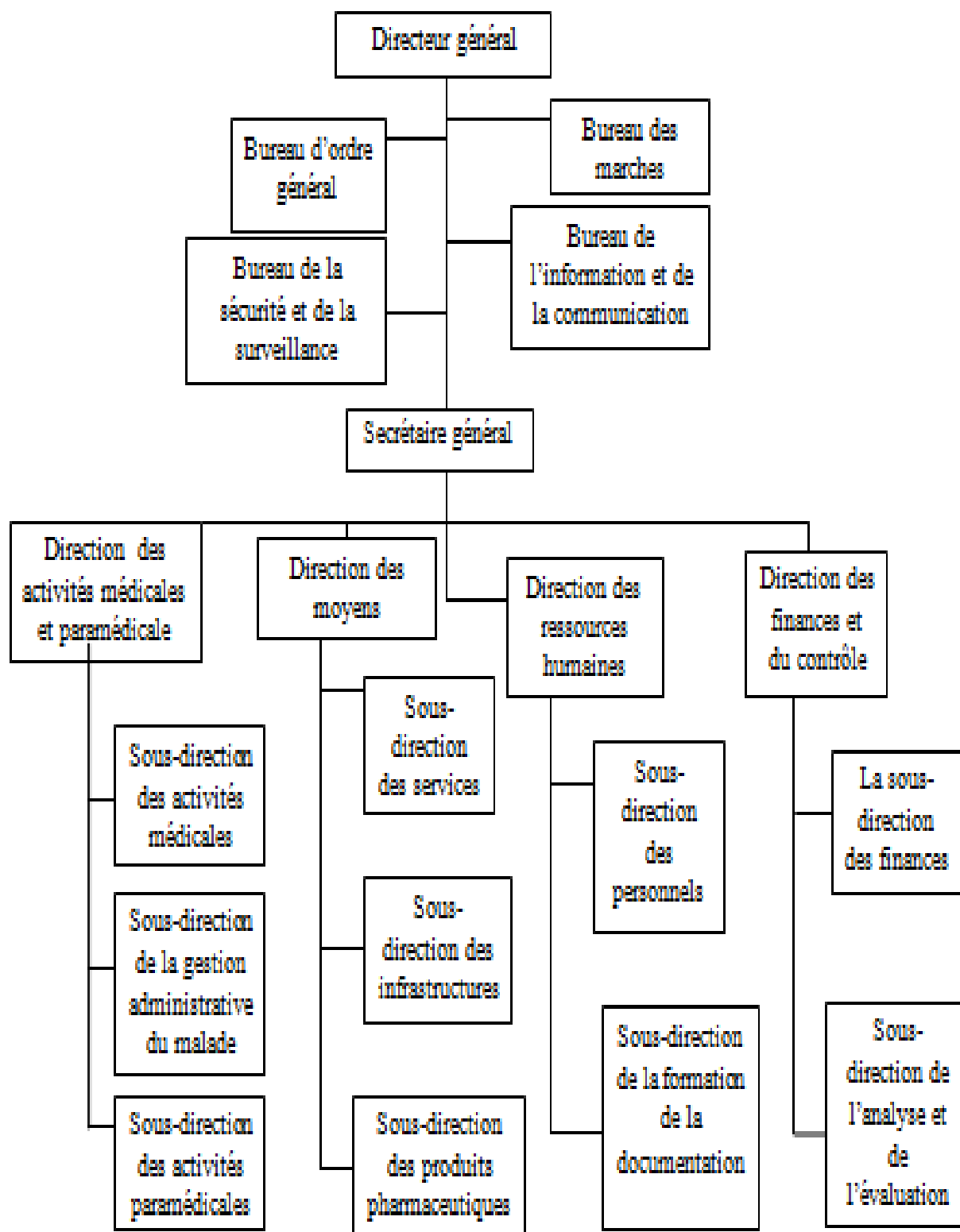
## **II. Présentation du service cardiologique:**

Le service de cardiologie est spécialisé des malades du cœur et des vaisseaux. Ce service a été créé en 1993 il se compose de 05 unités :

- Salle de bloc opératoire « coronographie et angioplastie».
- Salle de rythmologie (bloc opératoire « pacemaker»).
- Unité homme.
- Unité femme.
- Usai (unité de soins intensifs de cardiologie).
- Hôpital de jour.

Toutes ces unités sont sous la responsabilité d'un médecin chef (chef de service) et un surveillant médical dont travail est d'organiser et de gérer le service de personnel ou bien matériel.

Figure n°4 : Organigramme de l'hôpital CHU Tizi Ouzou.



## **Section 02 : La qualité des soins dans le service cardiologie.**

Dans cette section nous allons, tout d'abord, accéder la problématique de notre recherche, par la suite, nous expliquerons les raisons qui nous ont amenées à préférer l'expérimentation en terrain réel.

Enfin, nous présenterons notre questionnaire, son élaboration, sa conception et les objectifs et les résultats de notre enquête de satisfaction.

### **I. Le choix de la méthode:**

#### **1. Problématique de recherche empirique:**

Face à une amélioration de plus en plus vive, les patients se soucient de plus en plus de la réputation de la qualité des soins au milieu hospitalier. Notre objectif est de vérifier l'intérêt de cette variable et de tester l'influence que pourrait avoir la qualité des soins et la perception de cette dernières par lespatients.

#### **2. Choix du lieu de collecte:**

Le choix d'un terrain d'étude n'est pas facile, nous avons mis au début beaucoup de temps, pour trouver un service ou nous pourront faire notre étude et analyse.

Nous avons sélectionné le centre hospitalier universitaire (CHU) de Tizi Ouzou, service cardiologie, puisque notre étude s'intéresse à la qualité des soins en milieu hospitalier.

### **II. Les outils de la collecte des données selon la nature et le mode de l'analyse de l'étude:**

Les informations analysées dans ce travail ont été recueillies à partir de la combinaison de deux outils d'investigation : l'observation, l'entretien de recherche.

#### **1. L'observation:**

Est une méthode d'étude qui consiste à observer directement la réalité du comportement des individus dans une situation donnée. Le chercheur est guidé par sa problématique de recherche, qui détermine la visibilité de l'objet de son étude dans un champ d'observation donné. Il existe deux types d'observation : observation en situation (in situ), observation participante.

Mais dans notre enquête nous avons utilisé l'observation participante.

## **2. L'entretien de recherche:**

A la suite de l'observation nous avons menés des entretiens avec les personnes observées. Ces entretiens sont particulièrement utiles, sinon indispensables car ils permettent d'éviter les erreurs d'interprétation.

L'entretien « est l'une des méthodes qualitatives les plus utilisées en science de gestion ». Il existe trois types d'entretien : entretien directif, entretien semi directif, entretien non directif. Nous avons choisi l'entretien non directif. Ce type d'entretien laisse beaucoup de latitude à la personne interviewée, celle-ci peut s'exprimer librement sur le sujet qui lui a été présenté, ce type peut aider à définir un sujet sur lequel on ne sait rien ou presque rien. On y a recourt pour une recherche d'informations ou d'opinions de niveau assez général.

### **III. Présentation des enquêtes de satisfaction:**

La satisfaction des patients constitue un aspect très important et sensible dans le domaine de la qualité des soins, dont le critère ultime est de savoir dans quelle mesure les soins rencontrent les besoins (subjectifs et objectifs) du patient. Il appartient surtout au patient de déterminer si les soins dispensés ont contribué à améliorer sa santé ou sa qualité de vie. Non seulement le résultat en termes de gain de santé ou de besoins rencontrés est important, mais également la manière dont les soins sont dispensés : l'accessibilité des soins, l'organisation des services, l'attitude du personnel soignant, l'information du patient et la manière dont se déroule la communication entre le personnel soignant et le patient.

Pour une organisation de soins efficace, il importe de tenir compte de cette composante. En outre, c'est en grande partie le patient qui détermine le résultat des soins. Celui-ci dépend en effet largement de facteurs propres aux patients, de leur comportement et de leur confiance.

La collecte d'informations concernant la satisfaction des patients se justifie par trois raisons importantes :

- Elle fournit une description des soins du point de vue du patient.
- La satisfaction des patients équivaut à mesurer le "processus" de prestation des soins. Ce qui permet d'identifier les problèmes et de proposer des solutions.
- La fonction la plus importante en ce qui concerne l'étude de la satisfaction des patients est l'évaluation de la qualité des soins.

### **IV. Le questionnaire:**

Penser que c'est facile d'élaborer un questionnaire est une idée fautive. Ce dernier est souvent difficile à effectuer.

Le questionnaire est un moyen de réunir un certain nombre d'informations sur des gens, des entreprises, des régions et des établissements de santé...etc.

Le questionnaire est l'ensemble des questions construites dans le but de générer l'information nécessaire à l'accomplissement des objectifs de l'étude.

Elaborer, puis rédiger un questionnaire n'est pas une science exacte, c'est une opération capitale car c'est à la base de ce dernier que l'on exploitera par la suite des résultats probants. Ici, dans le cadre de notre enquête le questionnaire élaboré concerne les patients du service cardiologie du CHU de Tizi-Ouzou parce que le questionnaire demeure le principal moyen de recueillir des informations.

Notre enquête composée de 23 questions a été distribuées sur 50 patients.

### **1. Modèle de question:**

Dans notre travail nous avons choisi la question fermée, qui est utilisée lorsqu'on souhaite proposer une liste de réponses aux répondants.

La rédaction d'une question fermée nécessite de bien élaborer la liste des réponses. Elle doit être exhaustive et former un ensemble équilibré. Le répondant doit être en mesure de s'exprimer sur la question. De plus, il est nécessaire de s'assurer que les modalités de réponse sont homogènes. Pour cela, il faut que les réponses proposées obéissent à une même logique par rapport à la question proposée. Si cette condition n'est pas respectée le risque est d'obtenir des réponses disparates et non cohérentes.

L'utilisation de questions fermées offre un traitement des données plus simplifié.

### **2. Le contenu du questionnaire:**

Notre questionnaire, qui est anonyme, s'adresse aux patients du service cardiologie. Les questions posées concernent les principaux aspects de la qualité de soins qui sont :

- L'accueil.
- Les informations fournies.
- Les soins.
- L'hôtellerie et la restauration.

### **3. Administration du questionnaire:**

Pour administrer nos questionnaires nous avons fait recours à la méthode « face à face » en raison des avantages qu'elle représente, degré de fiabilité de réponse bonne, les interviewees prennent plus de temps pour répondre aux questions posées.

Elle permet de comprendre les propos de l'enquêté, de reformuler certaines questions et de relancer l'enquêté pour approfondir les réponses avec un vocabulaire plus familier, ce qui incite la personne interrogée à répondre plus spontanément, engendrant ainsi rapidité et baisse des coûts.

#### **V. Dépouillement et analyse des questions:**

Dans notre enquête nous avons procédé à un dépouillement manuel pour chaque question. Pour notre enquête on a utilisé la méthode de tri à plat qui consiste à calculer les résultats en pourcentage et en valeur absolue accompagnées d'un graphique pour la présentation des résultats obtenus et leur interprétation.

Enfin l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus permettent de vérifier les hypothèses posées auparavant.

#### **VI. L'analyse et l'interprétation des résultats:**

##### **1. La satisfaction globale des patients concernant la qualité des soins dans le service cardiologie :**

Le tableau suivant nous montre la satisfaction globale des patients sur les principaux aspects de la qualité des soins : d'accueil, les soins, la qualité des informations fournies, la qualité de l'hôtellerie et la restauration.

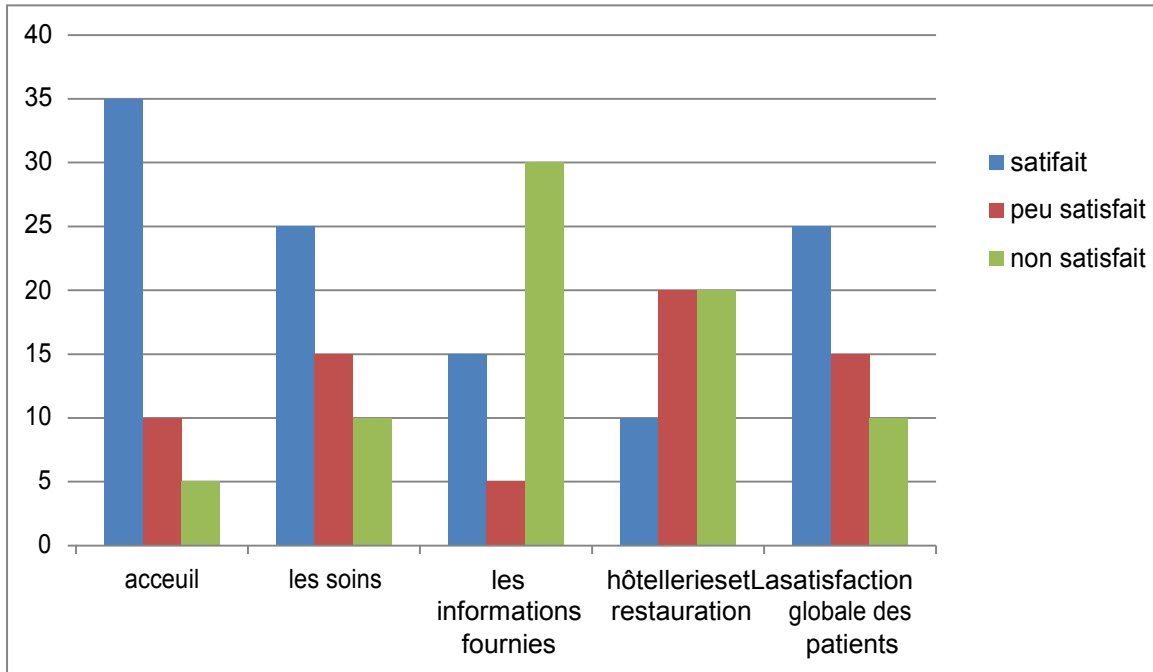
**Tableau N°02 : Niveau de satisfaction globale des patients :**

|                              | satisfait | Peu satisfait | Non satisfait |
|------------------------------|-----------|---------------|---------------|
| L'accueil                    | 35        | 10            | 05            |
| Les soins                    | 25        | 15            | 10            |
| Les informations fournies    | 15        | 05            | 30            |
| Hôtelleries et restaurations | 10        | 20            | 20            |
| La satisfaction globale des  | 25        | 15            | 10            |

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| patients |  |  |  |
|----------|--|--|--|

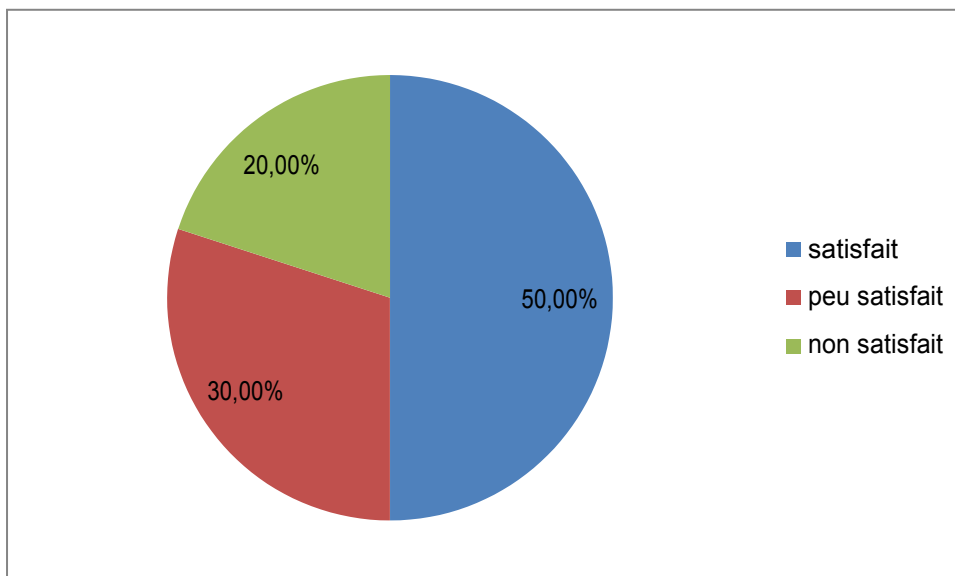
Source : Etablit à partir des résultats de notre enquête.

Figure n°02 : niveau de satisfaction globale des patients par aspects principaux.



Source : établi à partir des résultats de notre enquête.

Figure n°02 : niveau de satisfaction globale des patients (en %).



Source : établi à partir des résultats de notre enquête.

L'analyse générale de la satisfaction des patients sur la qualité des soins, nous a permis de constater une très forte majorité des patients entièrement satisfaites de la qualité offerts par le service cardiologie avec un pourcentage de 85%.

## 2. Analyse des résultats obtenus pour chaque aspect considéré:

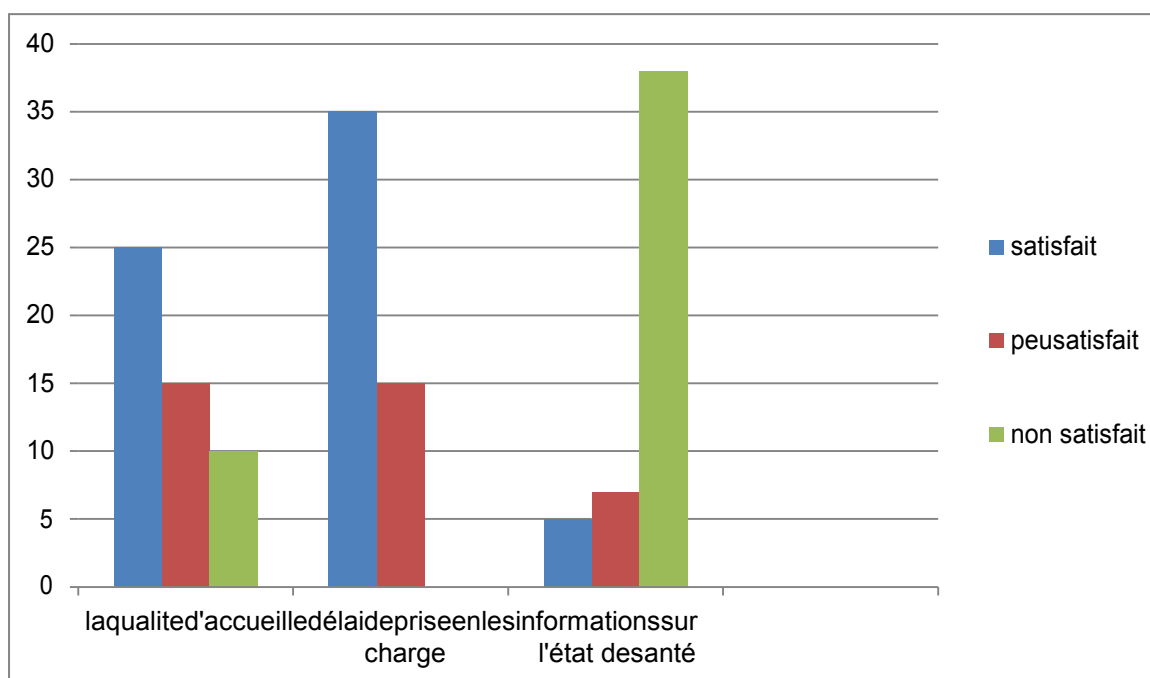
### 2.1. L'accueil du patient :

**Tableau n°03 : Niveau de satisfaction pour l'accueil.**

| fonction<br>satisfaction             | satisfait | Peu satisfait | Non satisfait |
|--------------------------------------|-----------|---------------|---------------|
| La qualité d'accueil                 | 25        | 15            | 10            |
| Le délai de prise en charge          | 35        | 15            | 00            |
| Les informations sur l'état de santé | 05        | 07            | 38            |

Source : établi à partir des résultats de notre enquête.

**Figure n°03: Niveau de satisfaction d'accueil**



**Source : établi à partir des résultats de notre enquête.**

En matière de satisfaction concernant le service d'accueil, 60% des enquêtés sont satisfaits de l'accueil pour plusieurs raisons :

- 50% des enquêtés sont satisfaits de la qualité d'accueil par rapport aux réceptionnistes qui sont accueillant, souriants et à l'écoute.
- 30% des enquêtés sont satisfaits du délai de prise en charge car il y'a une bonne gestion des rendez-vous (prise par téléphone, l'existence d'un logiciel patient pour mieux gérer les RDV).
- 76% des patients sont non satisfaits des informations sur l'état de santé.

**22 Les soins :**

**Tableau n°04: niveau de satisfaction sur la qualité des soins**

|   | satisfait | peu satisfait | Non satisfait |
|---|-----------|---------------|---------------|
| La qualité de la relation avec les médecins | 10        | 20            | 20            |
| La qualité de soins infirmiers              | 40        | 06            | 04            |
| Le délai de la prise en charge              | 35        | 10            | 05            |
| La qualité de respect de la confidentialité | 38        | 11            | 01            |
| La qualité des traitements médicaux         | 28        | 11            | 11            |

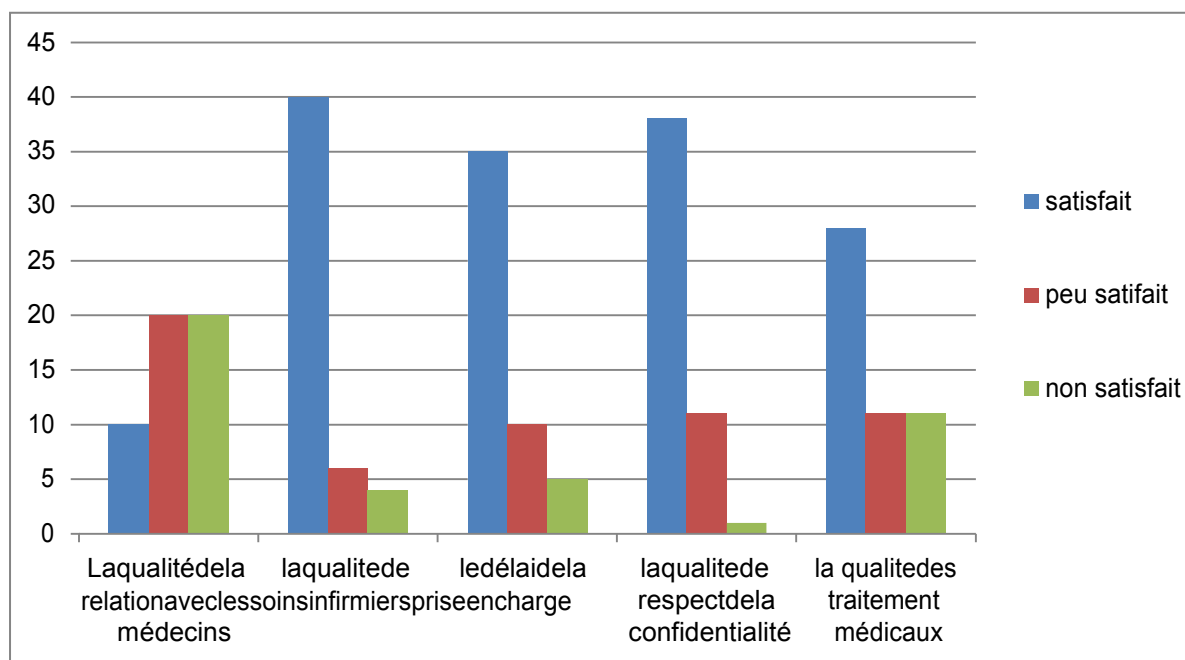
**Source : établi à partir des résultats de notre enquête.**

- En ce qui concerne la relation avec les médecins, 40% des enquêtés sont non satisfaits, 20% sont satisfaits et 40% des enquêtés sont peu satisfait. Parce que les médecins ne répondent pas aux questions posées par les patients.
- En ce qui concerne le délai de la prise en charge durant le séjour 70% des enquêtés sont satisfaits, parce qu'il y'a une prise en considération du patient par les professionnels de santé qui veille à améliorer la santé des patients au maximum.

- 76% des enquêtés sont satisfaits par rapport au respect de la confidentialité.
- 80% des enquêtés sont satisfaits de la qualité des soins infirmiers.
- 56% des enquêtés sont satisfaits des traitements médicaux, 22% sont peu satisfaits et 22% sont non satisfaits.

Dans la globalité, la qualité des soins que reçoivent les patients par le service est vraiment satisfaisante avec un pourcentage de 60,4%, ce qui renseigne sur le bon fonctionnement du service.

**Figure n°04 : niveau de satisfaction de la qualité des soins**



Source : établi à partir des résultats de notre enquête.

### 23. Les informations fournies:

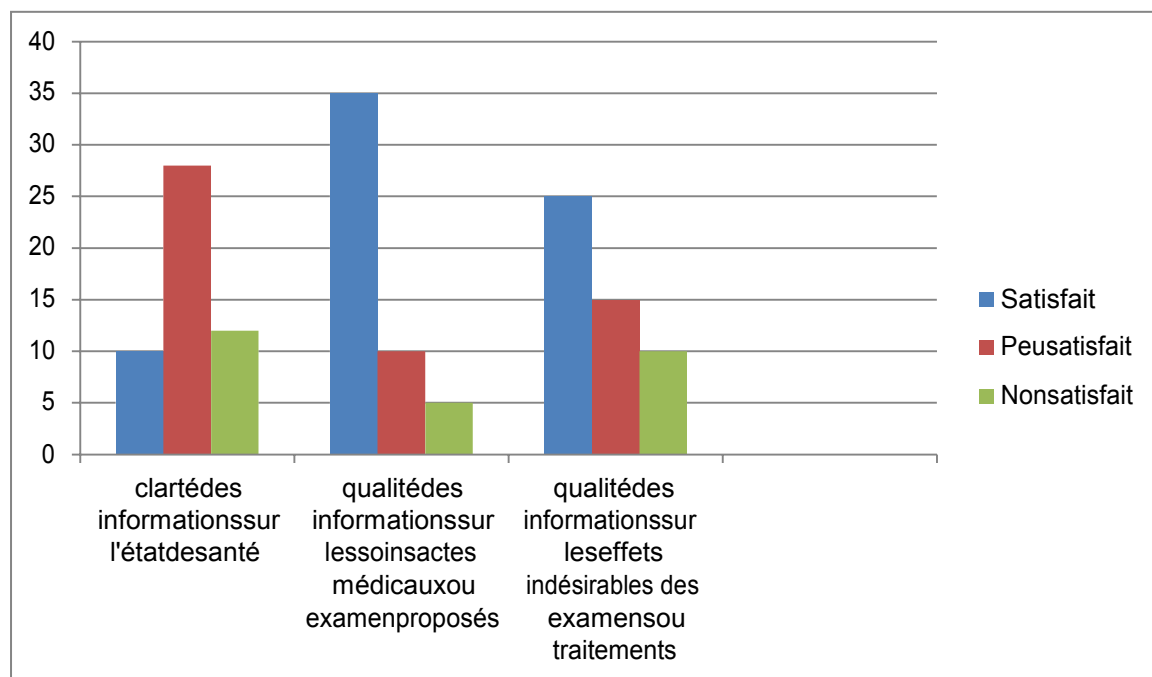
**Tableau n°05 : niveau de satisfaction des informations fournies.**

|   | Satisfait | Peu satisfait | Non satisfait |
|---|-----------|---------------|---------------|
| Clarté des informations sur l'état de santé.                                | 10        | 28            | 12            |
| Qualité des informations sur les soins, actes médicaux ou examens proposés. | 35        | 10            | 05            |
| Qualité des informations sur les effets indésirables des examens ou         | 25        | 15            | 10            |

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| traitements. |  |  |  |
|--------------|--|--|--|

Source : établi à partir des résultats de notre enquête.

Figure°05 : niveau de satisfaction des informations fournies.



Source : établi à partir des résultats de notre enquête.

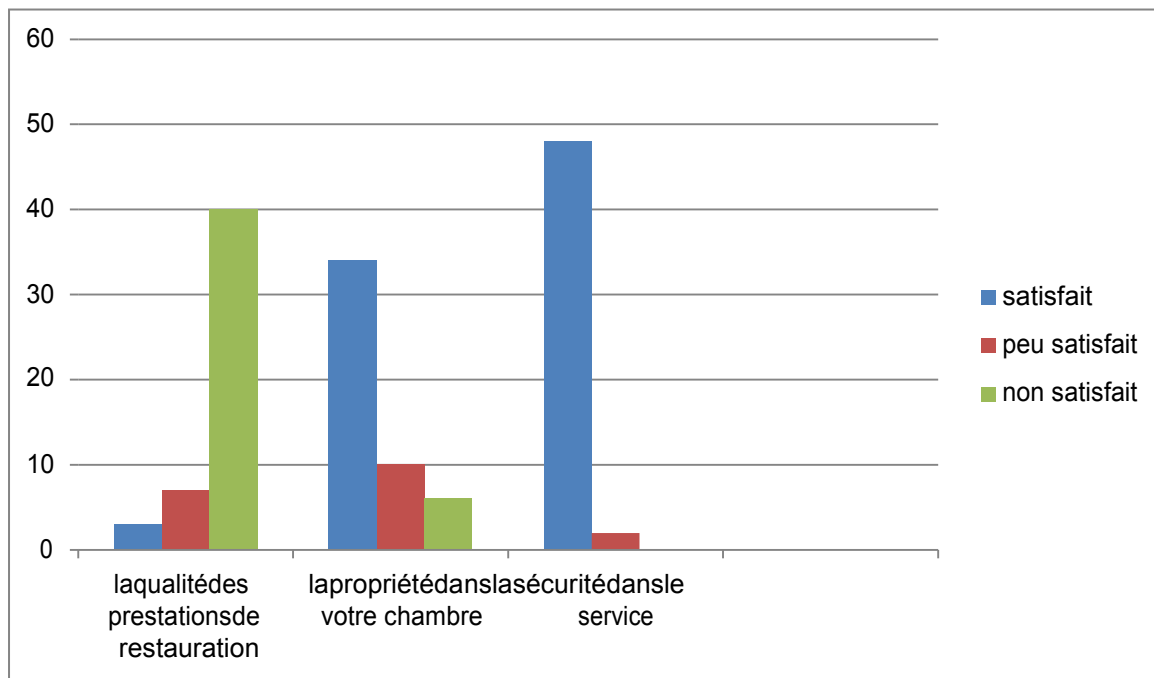
#### 24. Hôtelleries et restaurations:

Tableau n°06 : niveau de satisfaction quant à l'hôtellerie et restauration.

|  | satisfait | Peu satisfait | non satisfait |
|--|-----------|---------------|---------------|
| La qualité des prestations de restauration | 03        | 07            | 40            |
| La propriété dans la chambre               | 34        | 10            | 06            |
| La sécurité dans le service.               | 48        | 02            | 00            |

Source : établi à partir des résultats de notre enquête.

**Figure n° 06 : niveau de satisfaction quant à l'hôtellerie et restauration.**



**Source : établi à partir des résultats de notre enquête**

### **Conclusion :**

Cette enquête, appuyée sur un échantillon limité, apporte des réponses sur la question de satisfaction des patients par rapport à la qualité des soins au niveau du service cardiologie.

Nos analyses et interprétation ont démontré que la globalité des patients est satisfaite de la qualité fournie par le service avec un pourcentage de 58%.

En ce qui concerne la qualité des soins est devenu une préoccupation majeure parce qu'ils cherchent toujours à donner une bonne qualité.

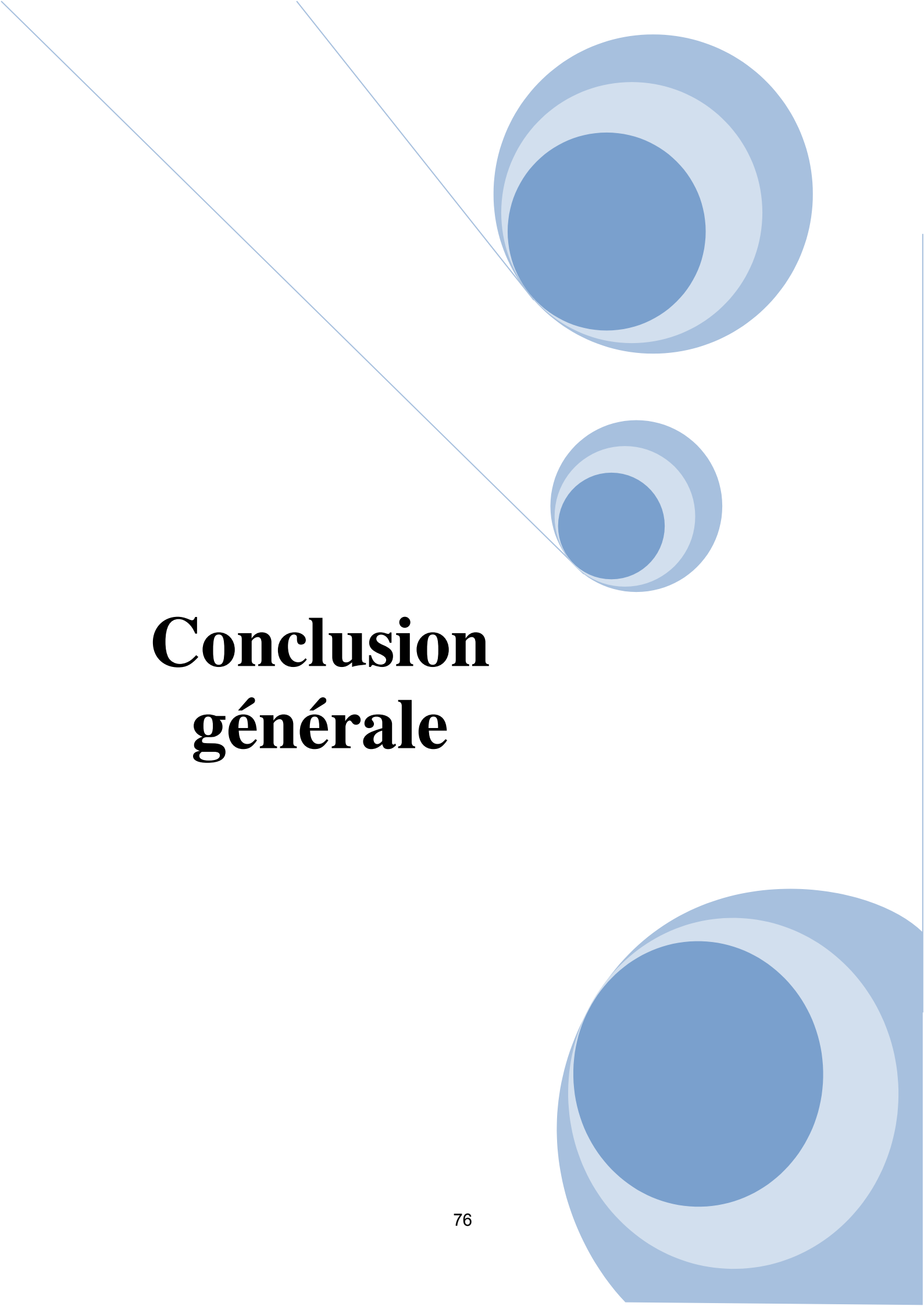
L'étude nous a permis d'identifier des insuffisances trouvées dans le service sur la qualité des soins et sur les différentes satisfactions des patients afin d'améliorer, la restauration, les informations fournies aux malades.

Donc, l'objet de notre travail de recherche vise à déterminer l'impact de la qualité des Soins sur la satisfaction des acteurs tels-que les patients.

Aussi, les tableaux que nous avons présentés sont récapitulatifs de la perception de tous les acteurs hospitaliers par rapport à la qualité des soins dans le service.

Après avoir terminé notre stage et l'interprétation des résultats et ces calculs, nous avons déterminé quelques insuffisances par rapport aux différentes perceptions des patients sur la qualité des soins avec un pourcentage de 42%.

Toutefois, dans tous ces résultats que nous avons trouvés, On n'a retenu que l'ensemble des patients sont satisfaits avec un score de 63% dont 40% sont non satisfaits par la qualité que le service cardiologie fournie.



# **Conclusion générale**

## **Conclusion générale :**

Tout au début de notre travail nous avons commencé par une généralité sur la démarche qualité, après en passé à l'historique de la qualité qui résume l'évolution de cette dernière à travers le temps.

Les hôpitaux algériens semblent donner une place très importante pour la qualité des soins, cependant, plusieurs dysfonctionnement et contraintes font obstacle quant à la production de soin de qualité de ce fait l'amélioration de la qualité des soins est un défi majeure pour les hôpitaux algériens.

Ce constat nous a menée à orienter l'objet de notre recherche sur l'évaluation de la qualité en milieu hospitalier pour cela nous avons choisi comme terrain de recherche le service cardiologie du CHU Tizi-Ouzou.

Nous avons eu à affronter tout au long de l'élaboration de nos enquêtes de satisfaction des patients, nous avons enquêtés 50 personnes sur la qualité d'accueils, des soins, des informations fournies, de l'hôtellerie et restauration.

Pendant le déroulement de nos enquêtes nous avons rencontrés quelques difficultés conjoncturelles. Nous citons principalement le refus de certains patients de répondre à nos questions.

Le service cardiologie se distingue par une qualité d'accueil satisfaisante ainsi qu'une bonne prise en charge des patients d'après les résultats de notre enquête.

Cependant, nous avons soulevé plusieurs facteurs d'insatisfaction notamment :

Concernant les patients, les facteurs d'insatisfaction sont relatifs au service restauration et la communication avec les professionnel de santé.

Pour terminer, après avoir effectué nos enquêtes auprès des patients du service cardiologie, nous avons notés que 80% des patients sont satisfaits

En ce qui concerne des patients hospitalisé, la qualité des soins devenu une préoccupation très importante pour eux, ils cherchent toujours une bonne qualité au sein du service. Le service cardiologie se distingue un bon accueil qui est très satisfaisante ce qui explique la bonne prise en charge des malades qui reçoivent des soins d'urgence qui nécessitent par son état de santé quel que soit les conditions de travail.

En affirmant que à travers ce travail nous avons essayé de répondre à une problématique importante relative à la qualité des soins dans un secteur toute aussi important à savoir le secteur de la santé.

Néanmoins, durant notre accomplissement du travail on s'est confronté à quelques obstacles qui nous ont conduits à plusieurs limites dont les suivantes :

- ❖ Le manque d'ouvrages, mémoires et données sur notre spécialité économie de la santé
- ❖ L'insuffisance des travaux de recherche sur la qualité des soins dans les établissements publics de santé en Algérie
- ❖ L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.
- ❖ La- non disponibilités des textes juridiques concernant la qualité des soins au niveau de centre universitaire

Enfin, il convient de signaler que la qualité des soins dans les établissements publics de santé en Algérie, est devenue une préoccupation de tous les acteurs qui exercent dans ce domaine important, à travers notre analyse et enquête dans le service cardiologie au sein de CHU Tizi-Ouzou qui a déterminé ce résultat.

**Annexe :**

**Questionnaire distribué sur les patients du service cardiologie.**

Prénom :

Nom :

Année de naissance :

Service dans lequel vous avez été  
Hospitalisé :

1. Comment jugez-vous la qualité de votre accueil à la réception de l'hôpital?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

2. Comment appréciez-vous la qualité des soins infirmiers ?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

3. Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité avec respect?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

4. Comment appréciez-vous la qualité des traitements médicaux ?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

5. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses claires?

1- Satisfait

2- peuSatisfait

3-nonSatisfait

6. Comment évaluez-vous la propriété dans votre chambre ?

1-Satisfait

2- peu Satisfait

3-non Satisfait

7. Si vous avez un problème de douleurs pendant votre séjour, comment évaluez-vous sa prise en charge?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

8. Comment appréciez-vous la qualité des prestations de restauration?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

9. Choisiriez-vous à nouveau notre hôpital?

OUI

NON

10. Quel est votre avis sur la qualité de la relation avec les médecins?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

11. Clarté des informations sur votre état de sente?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

12. Qualité des informations sur les soins, actes médicaux ou examens proposés?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

13. Qualité des informations sur les effets indésirables des examens ou traitements ?

1-Satisfait

2- peu Satisfait

3-non Satisfait

14. Qualité des informations délivrées sur les modalités pratique de l'anesthésie?

1- Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

15. Le transport interne?

1-Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

16. Respect de la confidentialité?

1-Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

17. Délai de prise en charge?

1-Satisfait

2- peu Satisfait

3-nonSatisfait

18. le respect des conditions d'hygiène et desécurité?

Oui

Non

19. Avez-vous souffert pendant votre hospitalisation ?  Oui  Non
20. Avez-vous parlé de votre douleur à l'équipe ?  Oui  Non
21. Pensez-vous que tout a été fait pour calmer votre douleur ?  Oui  Non
22. Est-ce le soin qu'on décide est-il réalisé de façon correcte ?  Oui  Non
23. Est-ce que vous avez observé, après le soin, des effets indésirables ?  Oui  Non

## **Bibliographie :**

- Alain RICARD-mémoire de l'école national de la sante publique-1999
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002.démarche qualité 2006.p13
- ARHAB Samir, perspectives et modalités mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier, TM/0245,p36
- Document interne de l'hôpital CHU Nedir Mohammed tiziouzou
- 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.
- Halgand Nathalie, « l'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », revue française de gestion, 2003 /6 no 147, pp, 219-231, p220
- Historique du CHU de Tizi-Ouzou, disponible sur : <http://chuto.dz/structure/nedir--mohamed1.php>, consulté le26/09/2018
- La qualité des soins en France : comment mesurer pour l'améliorer ? Zeynep Or, Laure Com-Ruelle. IRDES-décembre 2008 p,5
- Mise en place d'une démarche qualité selon la norme ISO 9001 et V2008, mémoire de fin d'étude en l'obtention de master en hygiène et sécurité industrielle (promotion : 2014-2015), p32
- MIGNARDOT, la démarche qualité dans les établissements de santé (UTC) : Disponible sur : <http://www.UTC.fr>>UTC >stages > Mignardot. (Consulté le 4/05/2018).
- Philippe Rouressol. « La démarche qualité à l'hôpital ou comment passède l'accréditation à une démarche qualité pérenne ? » Mémoire de l'école Nationale de la santé Publique.2004.
- S.A, Comprendre la démarche qualité, Ooreka .Fr en ligne, disponible sur : [http://qualité, Ooreka .Fr](http://qualité.Ooreka.Fr) > démarche .qualité, consulté le : 04/05/2018
- TARKPESSI Kossi,, Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo, avril 2007 p18

**Sites internet :**

- <https://archives.Entreprises.Gouv.fr>consulté le06/06/2018 ■
- [www.archivistes-experts.fr](http://www.archivistes-experts.fr)consulté le04/11/2018
- [www.santepublique.eu](http://www.santepublique.eu)consulté le22/05/2018)
- [www.claudeberaud.fr/ameliorer-qualite-soins](http://www.claudeberaud.fr/ameliorer-qualite-soins)consulté le25/08/2018
- [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/mip/G\\_24pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/mip/G_24pdf) consulté le15/09/2018.

## Table des matières :

|  |    |
|--|----|
| Introduction générale.....   | 2  |
| Chapitre I : Généralité sur la démarche qualité.....                               | 6  |
| Introduction .....   | 6  |
| Section 1 : Présentation et définition de la démarche qualité.....                 | 6  |
| I. Présentation de la démarche qualité .....                                       | 6  |
| 1. Définition de la démarche qualité.....  | 7  |
| 2. Définition de quelque concept de base .....                                     | 8  |
| II. L'évolution de la qualité dans le monde industrielle .....                     | 9  |
| 1. De 1930 à 1945 .....  | 9  |
| 2. Dans les années 1950-1960 .....   | 11 |
| 3. A partir des années 1970 .....  | 12 |
| III. Techniques et outils de la démarche qualité .....                             | 13 |
| IV. Les principes de la démarche.....  | 13 |
| 1. L'attention aux clients .....   | 14 |
| 2. Une démarche participative .....  | 14 |
| 3. Une approche méthodique .....   | 14 |
| 4. L'approche processus, le pluri professionnalisme.....                           | 14 |
| 5. Une approche pérenne et évolutive .....   | 15 |
| 6. L'évaluation.....   | 15 |
| V. La mise en œuvre de la démarche qualité .....                                   | 15 |
| VI. Structures d'accompagnement de la démarche.....                                | 17 |
| 1. La structure de pilotage .....  | 17 |
| 2. La structure opérationnelle de coordination;.....                               | 18 |
| 3. Les groupes de projets .....  | 18 |
| Section 2 : Les facteurs de réussite et structuration de la démarche qualité. .... | 20 |
| I. Les facteurs de réussites .....   | 20 |
| 1. L'engagement explicite des responsables.....                                    | 20 |
| 2. L'implication des professionnels.....   | 21 |
| 3. Le client : Raison d'être de la démarche .....                                  | 21 |
| 4. La progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs .....  | 21 |
| 5. La communication interne .....  | 21 |
| 6. Le développement des compétences et la formation .....                          | 22 |

|   |    |
|---|----|
| II. La structuration de la démarche .....   | 22 |
| 1. Stratégie de développement de la démarche qualité .....                          | 22 |
| 2. Les constantes à respecter .....   | 25 |
| 3. L'utilisation de leviers pour développer la qualité .....                        | 26 |
| Section 3 : Les enjeux et les objectifs de la démarche qualité .....                | 27 |
| I. Les enjeux .....   | 27 |
| 1. Les enjeux fonctionnels ou opérationnels .....                                   | 27 |
| 2. Les enjeux humains et sociaux .....  | 27 |
| 3. Les enjeux économiques .....   | 27 |
| 4. Les enjeux humains .....   | 28 |
| 5. Les enjeux environnementaux .....  | 28 |
| II. Les objectifs d'une démarche qualité .....                                      | 28 |
| 1. Améliorer sa compétitivité .....   | 28 |
| 2. Améliorer son organisation .....   | 28 |
| 3. S'adapter aux évolutions commerciale, réglementaire et à son environnement ..... | 28 |
| III. Les freins dans une démarche qualité .....                                     | 29 |
| 1. La résistance au changement .....  | 29 |
| 2. Le client .....  | 29 |
| 3. Le manque de temps .....   | 29 |
| 4. Les outils de la démarche qualité .....  | 29 |
| 5. La taille de l'entreprise .....  | 29 |
| 6. Le statut public .....   | 29 |
| 7. La paperasse .....   | 30 |
| Conclusion .....  | 30 |
| Chapitre II : Le concept de la qualité des soins .....                              | 32 |
| Introduction .....  | 32 |
| Section 1 : Généralité sur la qualité des soins .....                               | 32 |
| I. Historique .....   | 32 |
| 1. Première étape : l'évaluation de la qualité hospitalière .....                   | 33 |
| 2. La seconde étape : l'assurance de la qualité .....                               | 36 |
| II. Les bases conceptuelles de la qualité des soins .....                           | 37 |
| 1. La démarche qualité des soins .....  | 37 |
| 2. Le soin .....  | 37 |

|   |  |    |
|---|--|----|
| 3.  | La qualité des soins.....  | 37 |
| 4.  | Le concept de conformité .....                                     | 38 |
| 5.  | Le concept de prévention.....                                      | 38 |
| III.  | Les conditions pour améliorer la qualité des soins .....           | 39 |
| 1.  | La formation des professionnels.....                               | 39 |
| 2.  | L'organisation des soins .....                                     | 40 |
| 3.  | Les conditions de travail.....                                     | 41 |
| 4.  | Un gouvernement régional .....                                     | 41 |
| 5.  | Contrôle et évaluation.....  | 41 |
| Section 2 : Les typologies et la procédure d'accréditation des établissements de santé..... |  | 42 |
| I.  | Les typologies de la qualité des soins .....                       | 42 |
| II.   | L'accréditation des établissements de santé.....                   | 44 |
| 1.  | Définition de l'accréditation.....                                 | 44 |
| 2.  | L'accréditation des établissements de santé .....                  | 44 |
| 3.  | La procédure d'accréditation .....                                 | 44 |
| 4.  | Le lien avec la démarche qualité .....                             | 44 |
| 5.  | Principes et objectifs de l'accréditation.....                     | 45 |
| 6.  | Les enjeux de l'accréditation.....                                 | 46 |
| III.  | Les dimensions principales de la qualité des soins.....            | 46 |
| 1.  | L'efficacité.....  | 48 |
| 2.  | La sécurité.....   | 48 |
| 3.  | L'accessibilité.....   | 48 |
| 4.  | La réactivité .....  | 49 |
| 5.  | L'efficacité .....   | 49 |
| Section 3 : La mesure de la qualité des soins.....  |  | 50 |
| I.  | La mesure de la qualité des soins et ses indicateurs.....          | 50 |
| 1.  | La mesure de la qualité des soins .....                            | 50 |
| 2.  | Les indicateurs de mesure de la qualité des soins .....            | 51 |
| 3.  | Les objectifs de la mesure de la qualité .....                     | 54 |
| II.   | Les limites de la démarche qualité dans le milieu hospitalier..... | 55 |
| 1.  | L'absence de volonté réelle des décideurs.....                     | 55 |
| 2.  | La résistance au changement .....                                  | 55 |
| 3.  | La charge de travail supplémentaire.....                           | 55 |

|  |    |
|--|----|
| 4. La balkanisation dessecteursd'activité .....  | 55 |
| Conclusion.....  | 55 |
| Chapitre III : Présentation de la qualité au milieu hospitalier (cas CHUTiziOuzou).....                  | 57 |
| Introduction .....   | 57 |
| Section1 : Présentation et historiqueduCHU.....  | 58 |
| I. Historique de CHUTiziOuzou.....   | 58 |
| 1. UNITE NEDIR MOHAMED (siègeduC.H.U).....   | 59 |
| 2. UnitéSidiBelloua .....  | 60 |
| 3. ServicesExtra-muraux .....  | 61 |
| 4. Présentationdel'organisme.....  | 61 |
| 5. Consistance physique de l'unitéNEDIRMOHAMED.....  | 62 |
| 6. La structuredu CHU.....   | 62 |
| II. Présentation duservicecardiologique .....  | 63 |
| Section 02 : La qualité des soins dans leservicecardiologie.....   | 65 |
| I. Le choix delaméthode .....  | 65 |
| 1. Problématique derechercheempirique .....  | 65 |
| 2. Choix du lieudecollecte .....   | 65 |
| II. Les outils de la collecte des données selon la nature et le mode de l'analyse de l'étude :           | 65 |
| 1. L'observation.....  | 65 |
| 2. L'entretierenderecherche .....  | 66 |
| III. Présentation des enquêtesdesatisfaction .....   | 66 |
| IV. Lequestionnaire .....  | 66 |
| 1. Modèledequestion.....   | 67 |
| 2. Le contenuduquestionnaire.....  | 67 |
| 3. Administrationduquestionnaire .....   | 67 |
| V. Dépouillement et analysedesquestions.....   | 68 |
| VI. L'analyse et l'interprétationdesrésultats .....  | 68 |
| 1. La satisfaction globale des patients concernant la qualité des soins dans le service cardiologie..... | 68 |
| 2. Analyse des résultats obtenus pour chaqueaspectconsidéré .....  | 70 |
| Conclusion.....  | 74 |
| Conclusiongénérale .....   | 77 |
| Annexe .....   | 79 |

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Bibliographie.....      | 83 |
| Table des matières..... | 85 |