



UNIVERSITE SENGHOR

UNIVERSITE INTERNATIONALE DE LANGUE FRANÇAISE AU SERVICE DU
DEVELOPPEMENT AFRICAÏN A ALEXANDRIE- EGYPTÉ

Opérateur direct de la Francophonie

DEPARTEMENT SANTE

Promotion 2005-2007

Mémoire

En vue de l'obtention du

Master en développement

Spécialité : Santé internationale

**MISE EN PLACE DE LA DEMARCHE QUALITE DANS
LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DU TOGO
A PARTIR DE L'EXPERIENCE FRANÇAISE**

Présenté et soutenu publiquement le 01 avril 2007

Par : **TARKPESSI Kossi**

Lieu de stage : *Service Qualité, gestion des risques du Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice-FRANCE*

Directeur de mémoire : Dr Jérôme PALAZZOLO, Nice-FRANCE

Jury :

Président : Dr Christian MESENGE, Université Senghor d'Alexandrie

Membres : M. Pascal GAREL, Fédération hospitalière de France/Fédération européenne des hôpitaux- Belgique

Dr Mohamed GAD, Université d'Alexandrie/Université Senghor

DEDICACES

Je dédie ce mémoire ...

A l'Eternel, Dieu tout puissant

‘‘ Chercher l'Eternel pendant qu'il se trouve ; invoquez- le tandis qu'il est près ‘’.

Sainte Bible Esaïe 55, verset 6.

A mon pays le Togo.

A mes frères et sœurs

Que ce travail soit pour nous une joie partagée.

A mes tantes, cousins et oncles

Pour vos soutiens de toutes formes dont j'ai bénéficié de votre part.

REMERCIEMENTS

A l'Organisation Internationale de la Francophonie de nous avoir permis de bénéficier de ces enseignements et d'acquérir des connaissances pour le développement du continent africain.

A M. le Recteur Fernand Texier, nous admirons votre sens aigu du travail bien fait. Veuillez accepter nos hommages de profondes gratitude et nos respectueuses considérations.

Au Dr Christian MESENGE, directeur du département santé de l'Université Senghor, toujours soucieux de notre avenir, vous avez contribué activement à notre formation morale et professionnelle. La preuve en est l'honneur que vous nous faites une fois encore en acceptant de présider le jury de notre mémoire. Vos qualités humaines resteront à jamais pour nous un modèle à imiter. Permettez nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude et nos sentiments respectueux.

A M. Pascal GAREL, c'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons suivi avec grand intérêt votre enseignement de gestion hospitalière. Nous vous prions de trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre grande admiration.

A Mohamed GAD, Maître de Conférence de Biochimie et Biologie Cellulaire, nous sommes très heureux de vous compter parmi les juges de notre travail.

La concision de vos enseignements fondés sur l'expérience et une connaissance assurée, nous a toujours persuadé de votre totale maîtrise de la pédagogie. Hommage respectueux.

A Mme Alice MOUNIR, assistante de direction du département pour le soutien constant et tous les efforts fournis. Soyez assuré de notre reconnaissance.

Nos sincères remerciements à tous les professeurs visiteurs de l'Université Senghor pour la qualité des enseignements dispensés durant le cursus.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à notre directeur de mémoire Dr Jérôme PALAZZOLO, grâce à qui nous avons pu effectué ce stage au CH Sainte Marie de Nice.

A M. Marc TURPIN, directeur du Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice, pour nous avoir accepté dans sa structure et pour son soutien qu'il a témoigné tout au long de notre séjour. C'est le moment pour nous de vous témoigner nos sentiments de reconnaissance et de notre profond respect.

Nous voudrions exprimer toute notre reconnaissance à M. René YAGO, responsable du service qualité, gestion des risques. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de nous encadrer et nous initier à la pratique de la qualité en établissement hospitalier. Vos qualités pédagogiques et votre rigueur sont pour nous un exemple à suivre.

Un grand merci à Mme Lina DAL BO et Mlle CAISSON pour leur disponibilité ainsi que pour leurs conseils avisés et formateurs.

Nous remercions tout le personnel du service qualité, gestion des risques, pour leurs gentillesse et leurs implications qui ont contribué au bon déroulement de notre stage. Nous gardons un excellent souvenir de cette ambiance de travail.

Nous tenons également à remercier Mme Sylvie ORLANDO cadre hygiéniste qui nous a initié en hygiène hospitalière.

Nos remerciements s'étendent à l'ensemble du personnel du CH Sainte Marie de Nice particulièrement à Mme J. BARBARO, Mme Jacqueline, Mme Véronique pour leur professionnalisme et leur disponibilité.

A tous ceux qui de près ou de loin n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.

Je ne saurais terminer sans remercier tous les collègues du département santé pour les échanges fructueux.

RESUME

L'amélioration de la qualité des prestations des soins et des services en établissement de santé est devenue une préoccupation universelle. Au Togo, l'amélioration de la qualité des soins et des services dans les structures sanitaires est l'un des axes stratégiques du plan national de développement sanitaire (PNDS).

S'il est vrai qu'il y a une prise en considération de la notion de qualité des services dans les hôpitaux par les pouvoirs publics togolais, il n'est pas moins évident que nos hôpitaux demeurent toujours confrontés aux difficultés de plusieurs ordres qui entravent la qualité et la sécurité des soins.

Le but de cette étude est de proposer, sur la base des réalités locales et en s'inspirant de l'expérience de la démarche qualité, visant à assurer les meilleurs soins dans un pays développé, la mise en place d'une démarche qualité en hygiène hospitalière au CHU de Lomé Tokoin.

L'étude de la démarche qualité au service "qualité, gestion des risques" du centre hospitalier Sainte Marie de Nice nous a permis de découvrir les axes prioritaires de la qualité dans un établissement hospitalier et l'identification des effets induits par l'implantation de la démarche qualité en établissement hospitalier.

A la lumière de ces éléments, la mise en place d'une démarche qualité en hygiène hospitalière est proposée. Une attention portée à l'amélioration de la qualité de l'hygiène se justifie car l'hôpital étant un lieu à haut risque d'infection, l'hygiène doit être au cœur du fonctionnement des établissements hospitaliers. De plus les infections nosocomiales étant reconnues comme un problème de santé publique de par leur fréquence, leur coût et leur gravité, l'hôpital est confronté au défi d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Pour cela il doit promouvoir les mesures systématiques d'hygiène hospitalière.

La mise en place de cette démarche doit suivre les étapes suivantes :

- l'information et la sensibilisation des autorités administratives du CHU ;
- l'information, la sensibilisation et la formation du personnel à l'hygiène hospitalière ;
- l'installation d'un bureau de pilotage ;
- la réalisation d'un audit diagnostic par un cabinet d'auditeur qualité.

Cette démarche qualité en hygiène hospitalière doit permettre de décrire les processus et de proposer des solutions locales dans un but d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, et de la satisfaction des usagers et des professionnels de santé.

Mots clés : Démarche qualité, amélioration continue de la qualité, qualité et sécurité des soins, hygiène hospitalière, infections nosocomiales, établissements hospitaliers.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTES DES TABLEAUX	vi
LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES.....	vii
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	9
2.1 Bref historique de la qualité.....	9
2.2 Concepts fondamentaux de la qualité.....	10
2.3 Définition de la qualité hospitalière.....	12
2.5 Principes essentiels de la démarche qualité.....	14
2.5.1 L'attention aux patients.....	14
2.5.2 Une démarche participative.....	15
2.5.3 Une approche méthodique.....	15
2.5.4 L'approche processus, le pluri professionnalisme.....	15
2.5.5 Une approche pérenne évolutive.....	16
2.5.6 L'évaluation.....	16
2.6 La qualité en établissements hospitaliers.....	17
2.6.1 Les spécificités des établissements hospitaliers.....	17
2.6.2 La mise en œuvre de la démarche qualité.....	18
2.6.3 D'autres paramètres indispensables	22
CHAPITRE 4 : L'EXPERIENCE FRANÇAISE.....	34
4.1 La démarche qualité et la certification en France : des liens étroits.....	34
4.2 La démarche qualité au Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice.....	40
4.3 Les effets perçus de la démarche qualité française.....	47
CHAPITRE 5 : PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION DE DEMARCHE	
QUALITE EN HYGIENE HOSPITALIERE AU CHU DE LOME TOKOIN.....	50
5.1 Justification de l'adaptation de la démarche qualité française au Togo.....	50
5.2 Plan de mise en place d'une démarche qualité en hygiène hospitalière.....	52
5.2.1 Contexte et justification.....	52
5.2.2 Objectifs.....	53
5.2.3 Stratégies de mise en œuvre de la démarche.....	54
5.2.4 Contraintes attendus.....	55
5.2.5 Résultats attendus.....	55
5.2.6 Evaluation.....	55
5.3 Discussion.....	57
5.4 Recommandation sur la mise en place d'une démarche qualité dans les	
hôpitaux du Togo.....	58
CONCLUSION GENERALE.....	60
REFERENCES.....	62
ANNEXES	65

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Distinction entre qualité réelle et qualité perçue.....	12
Tableau II : Impact du plan d'amélioration qualité.....	19
Tableau III : Composantes du coût d'investissement de la qualité.....	23
Tableau IV : Composantes du coût de la non qualité.....	23

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BPQ :	Bureau de Pilotage Qualité
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIQ :	Coût d'Investissement dans la Qualité
CLIN :	Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CME :	Comité Médical d'Etablissement
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
CNQ :	Coût de la Non Qualité
COQ :	Coût d'Obtention de la Qualité
DIM :	Département d'Information Médicale
GDR :	Gestion des Risques
HAS :	Haute Autorité de Santé
IFSI :	Institut de Formation de Soins Infirmiers
ISO :	International Organisation for Standardization
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
JCAHO :	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation

OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAQ :	Plan d'Amélioration Qualité
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
RESHAOC :	Réseau des Hôpitaux d'Afrique, de l'Océan indien et des Caraïbes
SIDA :	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La dispensation d'une médecine de qualité est une préoccupation sans doute aussi ancienne que la médecine elle-même. Médecins et chirurgiens Mésopotamiens, Egyptiens, Romains, Arabes, étaient déjà confrontés à de contraignantes obligations de moyens et de résultats. Certaines de ces anciennes civilisations avaient édictés des règles strictes, codifiées, prévoyant des sanctions à l'encontre des médecins et chirurgiens ayant manqué à leurs obligations.

Quelques traces de recommandations visant à assurer des pratiques et des soins de bonne qualité nous sont également parvenues et les serments d'Hippocrate et de Maïmonide constituent des exemples de code de bonne conduite ayant traversé le temps (Haddad et al., 1997). Quoique sommaires, des formes implicites d'amélioration de la qualité des soins semblent avoir accompagné les différentes civilisations humaines.

La fin du XIX^e siècle et surtout le XX^e marquent cependant une rupture avec cette longue période que d'aucuns qualifient de stade embryonnaire de l'assurance de la qualité (Ellis et al., 1993). Les travaux des pionniers tels que **Nightingale F.**, **Codman A. E**¹ et leur émules ont favorisé l'émergence puis le développement de ce que l'on peut convenir d'appeler l'approche moderne de la qualité des soins (Ellis et al, 1993 ; Graham, 1995). La qualité des soins occupe désormais une place centrale dans la régulation des systèmes de soins. De plus la qualité des soins doit aujourd'hui être objectivée, les professionnels de santé et les systèmes de santé qu'ils servent sont désormais tenus d'en faire la démonstration. Venant du monde industriel, des outils et des systèmes d'évaluation et de management de la qualité ont été introduits dans le monde des soins de santé.

Dans les pays industrialisés, à partir de la fin des années 80 et durant la dernière décennie du XX^e siècle, le développement des mécanismes d'amélioration qualité est venu répondre à la montée des exigences du public et de ses représentants pour plus de transparence, de responsabilisation et d'efficacité de la part des acteurs de la santé (Arce, 1998). Le développement de ces mécanismes d'amélioration de la qualité va faire apparaître désormais, de plus en plus nombreux les « hommes qualité » (Leteurtre, 1996). Cette ère naissante des « hommes qualité » est doublement intéressante. D'une part, elle répond à une exigence croissante de la population vis-à-vis des hospitaliers. En effet, de récentes affaires comme celle du sang contaminé, ont focalisé l'intérêt de l'opinion publique sur la

¹ C'est à Nightingale mais surtout à Codman, au début du XX^e siècle que l'on attribue la paternité de l'implantation formelle de l'évaluation de la qualité des soins.

qualité des soins. D'autre part cette ère apparaît fédératrice et structurante au regard des strates successives qui forment le sédiment de nos pratiques hospitalières.

En France, la loi du 31 Juillet 1991, reprise par l'ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a permis l'introduction de la notion de qualité dans le monde hospitalier : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est créée, aujourd'hui Haute Autorité de Santé (HAS) et obligation est faite aux établissements de santé de faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation auprès de cette instance. La culture de la qualité s'est alors répandue dans le domaine de la santé en France. Les démarches qualité ont acquis une place importante au sein des centres hospitaliers qui n'est désormais plus remise en cause (Robitaille, 2004). Désormais le phénomène concerne également les pays émergents (Huang et al., 2000). Tout laisse à penser que ce mouvement va perdurer et s'amplifier dans les années à venir.

Le mouvement de «Démarche qualité» très prégnant dans les systèmes de santé occidentaux, concerne aussi l'Afrique (De Geyndt, 1995). Malgré une remarquable extension de la couverture sanitaire au cours des 20 dernières années sous l'impulsion de l'initiative de Bamako, des doutes ont été exprimés quant à la capacité des services de santé à répondre à la demande des populations (Van Lerberghe et al., 1993 ; Bah et al., 2004). Les dysfonctionnements de grandes ampleurs révélés par des études socio anthropologiques récentes (Balique, 1999 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jewkes et al., 1998) montrent que la qualité des soins et des services doit impérativement faire l'objet d'une attention toute particulière (Richard et al., 2004). Depuis le milieu des années 90, sans qu'il ne soit très clair s'il s'agit d'une pression exogène internationale ou d'une dynamique propre résultant d'une prise de conscience interne, un nombre croissant de pays africains s'engagent dans la mise en œuvre de démarche qualité (Massoud et al., 2001 ; RESHAOC, 2005). Souvent inspiré de l'expérience des pays industrialisés, ces projets sont articulés autour de deux grandes dimensions de la qualité : d'une part l'objectivation d'un déficit de qualité grâce à la mesure des écarts par rapport à des référentiels préalablement définis, et d'autre part la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration reposant sur le travail en équipe et les cycles de résolution de problèmes (Blaise, 2004).

La qualité des soins dans les hôpitaux en particulier et dans les établissements de santé en général est devenue une préoccupation universelle. Au Togo, depuis quelques années, l'exigence de qualité du service rendu au malade est de plus en plus au cœur des

préoccupations des pouvoirs publics comme des professionnels de santé. Ainsi, le gouvernement togolais s'est engagé dans un vaste programme de réforme du secteur de santé. Les principaux objectifs fixés à cette réforme sont :

- améliorer la qualité des soins pour une meilleure performance des hôpitaux ;
- améliorer la gouvernance et les capacités gestionnaires par l'accroissement de l'autonomie et l'introduction d'une culture managériale.

De nombreux actes politiques ont été posés tels que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2002-2006, développé avec l'appui technique de l'OMS et le soutien financier du PNUD, traduit en actions opérationnelles les grandes orientations et les axes stratégiques de la politique sanitaire nationale, le Conseil National de lutte Contre le Sida, le Comité National de lutte Contre le Paludisme. Dans le milieu hospitalier, la qualité passe par l'amélioration continue et le respect des conditions d'hygiène, dont la finalité reste la réduction des conséquences sanitaires néfastes. S'il est vrai qu'il y a une prise en considération de la notion de qualité des services dans les hôpitaux par les pouvoirs publics, il n'est pas moins évident que nos hôpitaux demeurent toujours confrontés aux difficultés de plusieurs ordres qui entravent la qualité des soins (MSP, 2002).

Ainsi, dans le but général de contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et à la prévention du risque infectieux; nous avons initié ce travail intitulé :

“ Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française”

En initiant ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- S'approprier les méthodes et outils de la qualité en santé ;
- S'inspirer des expériences réussies de démarche qualité dans les structures de santé de la France et de déterminer dans quelle mesure elles peuvent être adaptées dans un contexte de pays en voie de développement ;
- Développer une expertise en matière de principes de mise en place d'une démarche qualité en établissement de santé.

Hypothèse de travail

L'engagement d'une réflexion sur la qualité et sur l'introduction de la démarche qualité en établissements hospitaliers du Togo. Comment faire ? Comment organiser cette démarche transversale ? Sur qui s'appuyer ? Qu'es –ce que l'on peut attendre de l'introduction de la démarche qualité dans le système de santé du Togo ? Nous nous plaçons dans le paradigme moderne du management de la qualité qui vise la transformation de l'organisation de façon à placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de

son management. La démarche qualité est un processus de progrès et un projet de changement. Le contexte socioculturel qui présente des leviers et des résistances figure parmi les environnements les plus complexes, dont il faut tenir compte pour maîtriser le processus de mise en œuvre de la démarche qualité. Si les principes de la qualité et de l'excellence paraissent universels, leur mise en œuvre ne peut être que locale en fonction de la diversité et des spécificités culturelles.

La démarche qualité couvre un large champ d'activités et de pratiques et il existe plusieurs façon de l'aborder : de manière globale ou en commençant par un domaine précis (accueil, le dossier patient, la permanence des soins, l'hygiène...). L'hôpital est un lieu où le risque d'infection est très important et où les germes deviennent de plus en plus résistants aux antibiotiques. La cause majeure à l'origine des infections nosocomiales est le manque d'hygiène. Les progrès de la médecine et de la chirurgie en rapport avec des soins et des thérapeutiques de plus en plus invasifs sont également des sources d'infection.

Si la maîtrise de tous les facteurs de risque de l'infection nosocomiale n'est pas possible, la qualité et la sécurité des soins doivent faire l'objet d'action de prévention. Le respect, des bonnes pratiques qui ont démontré leur efficacité comme l'hygiène hospitalière, permet de réduire une part évitable des infections nosocomiales.

C'est pourquoi dans le cadre de notre plan d'action, nous nous sommes intéressés à l'hygiène hospitalière.

Ainsi l'objectif de notre travail est de développer la mise en place de la démarche qualité en hygiène hospitalière dans les établissements hospitaliers du Togo. Au départ la mise en place de cette démarche qualité va commencer au CHU de Lomé Tokoin.

Justification de l'intervention dans le domaine de l'hygiène hospitalière

Les infections nosocomiales demeurent un problème crucial malgré les avancées remarquables de la médecine au cours des dernières années. Selon l'OMS, plus de 1,4 millions de personnes dans le monde souffrent de complications infectieuses induites par les soins. Ces infections sont parmi les principales causes de mortalité des patients, tout âge confondu, notamment pour les plus vulnérables d'entre eux (OMS, 2005).

Dans certains pays en développement, la proportion dépasse 25% des malades hospitalisés (OMS, 2005).

En Algérie, une enquête de prévalence des infections nosocomiales réalisée en 1998 a montré un taux global de prévalence de 13,7+/-4,1%.

Au Maroc, une enquête de prévalence a été menée en 1994 sur un échantillon élargi des hôpitaux et la prévalence était de 9,5% en moyenne. Cette enquête avait permis de faire un constat de l'hygiène hospitalière en général et a conclu que la priorité devra être accordée aux mesures d'amélioration de la qualité des prestations hospitalières en instituant des mesures générales d'hygiène hospitalière adaptées à chaque structure sanitaire (Amrani, 1994).

Au Bénin, différents germes pathogènes sont responsables de plusieurs types d'infections qui sont développées au Centre National Hospitalier Hubert Maga de Cotonou. Une étude a été réalisée sur les infections des plaies opératoires en 1999 et a révélé que le taux d'infection était de 10,63% (RESHAOC, 2005).

Au Togo il n'y a pas encore d'étude exhaustive sur la question, mais toutes les publications scientifiques réalisées dans certains hôpitaux témoignent de l'ampleur du phénomène. Cela justifie l'urgence de la mise en place d'une démarche qualité en hygiène hospitalière devant faire l'état des lieux.

Plan du mémoire

Le présent mémoire qui fait suite au stage effectué au Service qualité, Gestion des Risques du Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice est organisé suivant le plan : Le premier chapitre présente la méthode de notre travail. Le second chapitre passe en revue l'état des connaissances sur la démarche qualité. Le chapitre trois passe en revue l'analyse de la situation sanitaire du Togo. Le quatrième chapitre fait le tour d'horizon de l'étude de la démarche qualité et la certification en France. En cinquième chapitre, proposition d'un plan d'action de démarche qualité en hygiène hospitalière au CHU de Lomé Tokoin à la lumière des connaissances capitalisées lors du stage en France et des modules de cours dispensés durant les deux années de formation à l'Université Senghor.

CHAPITRE 1 : METHODES

La méthode de travail utilisée pour ce mémoire a d'abord consisté à explorer l'état des connaissances à travers une revue bibliographique. Nous avons effectué ensuite un stage au "Service qualité, Gestion des Risques" du Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice (France).

1.1 Documentation

Elle a permis de rassembler des données primaires à travers des sources documentaires divers et variées :

- documents papiers : ouvrages généraux, monographies, revues, rapports, articles, textes juridiques (lois, ordonnances, décrets, arrêtés) ;
- documents virtuels : nous avons consultés des pages électroniques des publications en ligne.

Cette recherche documentaire s'est orientée sur les thématiques de la qualité dans les établissements de santé, la démarche de certification, l'hygiène hospitalière, l'évaluation dans le secteur de la santé.

1.2 Stage

1.2.1 Objectif du stage

Le stage effectué du 03 Mai au 28 Juillet 2006 avait pour objet d'acquérir des habilités méthodologiques nécessaires à la mise en place de la démarche qualité dans le souci d'améliorer la qualité des soins dans les pays africains et singulièrement le Togo.

Les attentes du stage

- Comprendre le processus de la certification des établissements de santé.
- Acquérir le savoir faire et le savoir être d'un responsable qualité qui doit contribuer au développement et à la généralisation de la démarche qualité dans le contexte de système de santé complexe dans les pays africains
- Se familiariser avec les méthodes et les outils de la qualité en santé
- Pouvoir élaborer des protocoles
- Pouvoir réaliser des audits de qualité.

1.2.2 Méthodologie du stage

- Recherche bibliographique

Afin de mieux comprendre la démarche qualité des établissements de santé français en général et particulièrement celle entreprise par le Centre Hospitalier Sainte Marie, nous avons pris connaissance des supports documentaires du service qualité, gestion des risques et des documents en ligne des sites Internet de la HAS, du ministère de la santé, des écoles de santé publique, des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Cette recherche documentaire est orientée sur les thématiques de la démarche qualité et la certification en France, l'hygiène hospitalière, l'audit qualité.

Les documents exploités proviennent de spécialistes du management de l'organisation hospitalière : membres de la HAS, directeurs d'hôpitaux, directeurs qualité, directeurs des soins infirmiers, médecins en santé publique, qualitatifs, consultants en management hospitaliers. Cette phase documentaire s'est aussi enrichie des documents remis lors des entretiens et des réunions de travail qui constituent une autre étape du processus de recherche.

L'exploitation d'une telle littérature nous a apporté des éléments permettant de mieux saisir les transformations qui affectent le champ de la santé française depuis quelques années.

- Entretiens

Nous avons complété les données qualitatives et quantitatives obtenues lors de la recherche documentaire par une série d'entretiens. Les entretiens se sont focalisés sur les thématiques précédemment énoncées. Ces entretiens de type semi-directif ont été menés auprès du responsable Qualité, la directrice des soins, de la secrétaire de direction, de la responsable des ressources humaines, du service informatique, du responsable du département d'information médicale, des cadres supérieurs de toutes les unités de soin, du responsable de la pharmacie, du responsable du laboratoire d'analyse médicales, du service administratif et comptable, du service technique, du service économique et de l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI). Au début de chaque entretien, nous faisons un bref rappel de l'objectif de notre recherche et nous posons à notre interlocuteur une série de questions en fonction de la thématique et de l'interlocuteur. Ensuite, nous recueillons les informations et les réponses fournies par l'interlocuteur.

- Participation à des réunions de travail

Nous avons participé aux réunions du bureau de pilotage qualité (BPQ), du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du plan d'action qualité (PAQ) pôles

médicaux, du PAQ pôle médico-technique, à l'audit interne qui avait pour thème : l'archivage du dossier patient.

Cette participation a été utile en particulier pour appréhender le fonctionnement de ces instances et de découvrir le profil et les aptitudes de l'auditeur.

- Formation

-Nous avons suivi deux semaines de formation en hygiène hospitalière. Le formateur fut le cadre hygiéniste ;

- Nous avons suivi une journée de formation sur le logiciel Signal de gestion des risques de la société APTA France. (Signal est un outil de traitement des signalements d'événements indésirables et de diffusion des alertes).

1.3 Contact de personnes ressources

En marge du stage, nous avons bénéficié de l'aide de personnalité connu pour leurs travaux et leurs publications dans le domaine de la démarche qualité en établissements hospitaliers :

- Pr. Jean-François Quaranta coordinateur des vigilances et de la Gestion des Risques au CHU de Nice
- Pr. Jean Claude CUISINIER-RAYNAL, Centre Labusquière Université Bordeaux 2
- Pr. Jean Daniel RAINHORN, IUED-Genève
- Pr. Jean Yves LEVEAU, ENSIA-Massy
- Pr. Michel LEBRAS, Université Bordeaux 2
- Dr. Jérôme PALAZZOLO, CH Sainte Marie de Nice.
- M Pascal GAREL, Fédération Hospitalière Française

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 Bref historique de la qualité

Auguste Comte disait : « On ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire ».

L'histoire montre que la recherche méthodique de la qualité n'est pas récente. Sans remonter jusqu'au code d'**Hammourabi**², l'histoire est jalonnée de règles édictées par les pouvoirs étatiques ou par les professionnels eux-mêmes.

La qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIX^e siècle. Son objectif principal a été la conformité des produits livrés avant de s'orienter, plus tardivement vers la satisfaction des clients. Avec le temps les techniques et les approches utilisées pour atteindre cet objectif se sont transformées et enrichies. Les pionniers dans ces démarches furent les Etats-Unis et le Japon.

Les Etats-Unis ont cherché à étendre au secteur civil leurs normes de qualité de fabrication des matériels militaires de la seconde guerre mondiale. Le contrôle doit porter désormais sur les modes d'organisation des entreprises et non plus directement sur les pièces fabriquées. En 1949, un vaste programme américain de formation va permettre à **Deming et Juran** d'initier des cycles d'enseignements aux démarches qualité. En 1961 **Philip Crosby** conçoit au sein d'une entreprise spécialisée dans l'aérospatiale, la méthode « zéro défaut » en mettant l'accent sur la place de l'homme dans l'optention de la qualité.

Au Japon, la nécessité de reconstruire l'industrie et l'économie d'après guerre justifie la création de la *Japanese 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 *Japan Telephone 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 (Martinez, 2001).

Le contexte dans lequel évolue l'entreprise a été déterminant pour l'intégration de la démarche qualité dans leurs systèmes de pilotage. Il faut citer ici notamment les crises

² Roi de Babylone (1792-1750 avant J C) fit graver un code de 300 articles dans une stèle dont l'article 218 concernait la responsabilité médicale.

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 Standardization (ISO) pour définir des normes internationales de qualité. Les normes de la série ISO 9000 naissent en 1987.

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

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 (ANDEM, 1996).

Dans les années 80, 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 dans les années 96.

2.2 Concepts fondamentaux de la qualité

L'amélioration de la qualité

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

On parle d'amélioration continue de la qualité lorsque l'objectif de progrès est permanent. C'est en 1951 que **Deming** W.E. a décrit ce principe d'amélioration continue de la qualité utilisé fréquemment sous le nom de PDCA(Plan,Do, Check, Act) ou Roue de Deming (ISO, 1995).

Démarche qualité

Ce n'est pas un terme normalisé et il faut lui conférer un sens très ouvert.

Une démarche qualité est l'ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients (Lecllet et al., 1999).

Hygiène hospitalière

L'hygiène hospitalière est l'ensemble des pratiques et mesures mises à la disposition du personnel en vue de prévenir les infections hospitalières (Haxte et Zumofen, 2002).

Assurance qualité

Ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité (ISO, 1995).

Audit qualité

C'est un examen méthodologique et indépendant en vue de déterminer si les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs (ISO, 1995).

Management total de la qualité

C'est une forme de management de la qualité qui s'appuie sur la participation de tout le personnel de l'organisme et qui vise au succès à long terme par la satisfaction des clients et à des avantages pour tous les membres de l'organisme (ISO, 1995).

Manuel qualité

C'est l'image écrite de la politique qualité de l'établissement, il décrit l'organisation mise en place pour respecter cette politique. En interne, c'est le document de référence pour le management de la qualité (ISO, 1995).

Objectif qualité

Ce qui est recherché ou visé, relatif à la qualité. Un objectif doit être mesurable et comporter une date cible pour sa réalisation (ISO, 1995).

Politique qualité

Elle est définie comme les orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction (ISO, 1995).

Système qualité

Ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité (ISO, 1995).

2.3 Définition de la qualité hospitalière

Aujourd'hui, s'il est un sujet qui suscite de vives discussions dans les établissements de santé, c'est bien celui de la qualité. La définition de la qualité est, dans sa généralité, communément admise. Elle a fait l'objet d'une norme ISO qui présente la qualité d'un produit ou d'un service comme « l'ensemble des caractéristiques qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». Pour un service, ces caractéristiques peuvent comprendre des aspects relationnels (accueil, dialogue), des conditions d'ambiance et de confort, des aspects liés au temps (respect des horaires), des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur (formulaires simples, notices claires ...) (Cruchant, 1993).

Cette définition paraît toute fois incomplète. Elle ne prend pas en compte la distinction importante entre la qualité perçue et qualité réelle.

La distinction qualité réelle/qualité perçue est essentielle. En effet, une prestation de service ne peut être appréciée intrinsèquement ; elle est aussi appréciée de manière totalement subjective au travers du système de valeurs du bénéficiaire de la prestation. Une tentative récente de mesure de la qualité a pu donner lieu à la création du tableau ci-dessous.

Tableau I : Distinction entre qualité réelle et qualité perçue

	Mesure de la qualité offerte	Appréciation de la qualité perçue
SOINS	Taux d'infections nosocomiales Charge en soins Nombre de radiographies de correction effectif/malade	Plus malade qu'à l'entrée Personnel pressé Trop de radiographie Manque de d'attention
HEBERGEMENT	Nombre de lits/chambre Nombre de téléviseurs Mesures acoustiques Nombre de places de parking Nombre de panneaux de signalisation Nombre de chambres neuves	Intimité Isolement Service bruyant Accès difficile Repérage pas clair Confort acceptable
LOGISTIQUE	Nombre de mutations vers plateaux techniques Taux de renouvellement des matériels Nombre de plats proposés Température des plats	Déplacements trop nombreux Hôpital vétuste Hôpital en retard Repas non varié Repas tièdes
COMMUNICATION/ SECURITE	Délai de rendez-vous Nombre d'hôteses Nombre de formations à l'accueil Nombre de vols/malade Nombre de chutes/malade Nombre de contacts/médecin	Attente trop longue Manque d'accueil Malade bien ou mal accueilli Hôpital + ou - sûr Sécurité respectée Malade informé sur sa santé

Source : D. Bonhomme, « *Pour une dynamique de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital* » Gestions hospitalières, n° 334, 1994.

Ce tableau a le mérite de distinguer entre la qualité offerte, objectivable par référence à des normes réglementaires ou professionnelles et la qualité perçue par l'utilisateur. La qualité d'un produit ou d'un service n'est bonne que si elle est jugée comme telle par l'utilisateur. D'où l'importance des approches par l'objet (le produit ou le service) et par le sujet (le consommateur) qui justifie de définir la qualité plus précisément comme l'ensemble des caractéristiques qui confèrent au produit ou au service l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites et qui satisfont effectivement le consommateur (Leteurtre, 1996). Ainsi définie la notion de qualité dans sa généralité, la qualité doit faire l'objet d'une confrontation avec des termes proches qui permettra de déboucher sur une définition de la qualité hospitalière.

Lorsque l'on évoque la qualité hospitalière, des notions comme celles d'évaluation, d'accréditation, d'audit, de normes ou référentiels, de plan d'amélioration de la qualité, d'efficacité, d'efficience apparaissent. C'est pourquoi dans le domaine de la santé, la notion de qualité a fait l'objet de nombreuses définitions ; cependant celle de l'OMS reste la référence : « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

2.4 Enjeux de la qualité hospitalière

Les enjeux de la qualité hospitalière sont multiples. Ils peuvent être classés en quatre catégories : les enjeux humains et de santé publique, l'enjeu organisationnel, les enjeux économiques et les enjeux de gestion (Leteurtre, 1996).

- Les enjeux humains et de santé publique touchent au cœur même de la vocation des hôpitaux.

Parmi les 24 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), la France est au 14^e rang pour la mortalité infantile et au 13^e rang pour l'espérance de vie à la naissance pour les hommes (OMS, 2000). Quant au Togo, parmi les 191 pays membres de l'OMS, le Togo est au 152^e rang pour la performance globale du système de santé (OMS, 2000). De plus la qualité des soins apparaît de plus en plus exigée par la population du fait de la médiatisation croissante des progrès médicaux et, en sens

inverse, des dysfonctionnements dans la prise en charge médicale. En fin, la qualité de la prise en charge médicale devient essentielle dans des périodes où une recrudescence sensible de certaines maladies comme la tuberculose, le paludisme, le VIH/SIDA fait peser un danger épidémique possible.

- L'enjeu organisationnel

L'acte médical est de plus en plus complexe. Il associe des approches diagnostiques et thérapeutiques relativement cloisonnées. La qualité ne peut être atteinte qu'au travers d'actions structurantes fortes au niveau de l'hôpital : un système d'information intégré permettant la communication entre services cliniques et services médicotechniques.

- L'enjeu économique

Les établissements de santé sont soumis depuis quelques années à des évolutions importantes de leur environnement économique les contraignant, d'une part, à réduire la croissance de leurs dépenses et, d'autre part, à améliorer la qualité des soins. En effet comme le soulignent de nombreux auteurs (ANAES, 2004a ; Harrington 1990) les projets d'amélioration de la qualité des soins sont mis en œuvre dans un objectif de maîtrise des dépenses. Des travaux ont montré une relation linéaire positive en terme d'impact économique et médical entre coût et qualité des soins, car les défauts de qualité des soins (la non qualité) génèrent des coûts variables selon le type de défaut (Flemings, 1990).

- Enjeu de gestion

Enjeu de gestion, la qualité l'est aussi dans les hôpitaux, grâce à son caractère participatif et fédérateur. Mobiliser les hospitaliers autour de l'idée de qualité des soins est plus facile de les regrouper autour de la notion de maîtrise des dépenses. Or, comme la maîtrise de la qualité permet à terme de mieux maîtriser les dépenses, la qualité apparaît comme un outil de gestion particulièrement efficace.

2.5 Principes essentiels de la démarche qualité

La démarche qualité est l'ensemble des actions que mène l'établissement de santé pour développer la satisfaction de ses clients (Lecllet, 1999). Elle obéit à un certains nombres de principes dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du changement et nous en retenons pour l'essentiel six ; bases indispensables de toute amélioration.

2.5.1 L'attention aux patients

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

L'écoute du patient est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisés pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services (ANAES, 2002).

2.5.2 Une démarche participative

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

2.5.3 Une approche méthodique

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, 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, en groupe, de méthodes et outils de la qualité (**Annexes 1 et 2**). 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 causes des dysfonctionnements, de les mettre en œuvre sous forme de plans d'action, d'évaluer leurs effets et de les réajuster s'il y a lieu. Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

2.5.4 L'approche processus, le pluri professionnalisme

Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels. La formation initiale, la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels de chaque métier. Ce mécanisme a permis et permet encore de grands progrès en terme de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations. En effet, la spécialisation s'est accrue et le nombre de professionnels, tous bien formés et compétents, nécessaires dans un processus de fabrication de produits et ou de rendu d'un service a fortement augmenté. De ce fait, se pose avec de plus en plus d'acuité le problème des relations entre les professionnels spécialisés, donc de l'organisation des interfaces (ANAES, 2002).

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

La satisfaction du patient dépend maintenant de cet aspect organisationnel. Dès lors, il faut faire porter les efforts sur l'organisation de la relation entre les professionnels.

2.5.5 Une approche pérenne évolutive

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisés étape par étape. La démarche est itérative et vise des 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.

2.5.6 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 permet d'apprécier la satisfaction des patients, la conformité des prestations à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration. Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. Mesurer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux patients sur le maintien d'une qualité de prestation et d'apporter la preuve des progrès réalisés.

Plusieurs outils de mesure sont à la disposition des professionnels : audit clinique, analyse des pratiques, enquêtes de satisfaction, tableaux de bord, indicateurs.

2.6 La qualité en établissements hospitaliers

2.6.1 Les spécificités des établissements hospitaliers

Le secteur de la santé comprend quelques particularités qui le différencient du secteur industriel et qui influent sur l'évolution de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers. Trois particularités sont à rappeler.

➤ Complexité des établissements de santé

La complexité des établissements de santé est caractérisée par :

- des processus nombreux, non standardisables et d'évolution rapide ;
- des métiers multiples et en évolution permanente ;
- une qualité des produits (résultats des soins délivrés) difficile à appréhender pour les professionnels et les patients ;
- une asymétrie d'information prégnante caractérise les relations entre les différents acteurs du secteur (soignant/soigné, établissement/autorité de planification, gestionnaire/équipe médicale) ce qui n'est pas sans effet sur la répartition des pouvoirs de décision ;
- l'établissement, en tant que producteur de soins, et particulièrement l'hôpital public, n'est pas maître des ses missions. Il répond à une commande publique.

Cependant les établissements de santé ne sont pas les seules structures complexes à la fois dans leurs processus et dans la répartition des pouvoirs. Ils existent d'autres secteurs d'activité plus complexes tels que l'aviation civile, l'aérospatiale.

➤ Différents types de « clients »

En se limitant aux clients externes, on peut lister sans être exhaustif les patients hospitalisés, les consultants externes, les proches des patients, les professionnels de santé externes qui adressent les patients et qui en assurent le suivi. Ces différents types de « clients » ont des attentes très diverses.

➤ Le rôle des professionnels

Chaque acteur, notamment les médecins dispose d'une indépendance dans son choix d'intervention. Cette indépendance implique l'existence d'une responsabilité propre prévue dans le cadre déontologique et juridique.

2.6.2 La mise en œuvre de la démarche qualité

2.6.2.1 Structure de la démarche

Le développement de la démarche qualité conduit progressivement à identifier des structures de coordination. L'établissement a besoin d'une structuration pour impulser, accompagner, coordonner et déployer la démarche.

➤ La structure de pilotage

Elle a une vocation politique et stratégique. La structure de pilotage est constituée dès l'initiation de la démarche et a un rôle décisionnel. Sa mission est le pilotage de la démarche.

➤ La structure opérationnelle de coordination

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

Pour assurer cette coordination, plusieurs types d'organisation telles que : cellule qualité, service qualité, direction qualité sont possibles selon la taille de l'institution.

Certains principes doivent être respectés ; il s'agit de :

- la présence dans la structure mise en place de représentants gestionnaires, médicaux, et non médicaux ;
- 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'un secrétaire ;
- le rattachement direct du responsable de la structure à la direction.

➤ Les groupes de projets

La démarche qualité en établissements hospitaliers conduit à mettre en place des groupes de projets pour conduire des actions sur des thèmes spécifiques correspondant aux priorités définies par le bureau de pilotage. Ces groupes thématiques seront constitués lors du démarrage de chacune des actions.

Chaque groupe de projet doit conduire des différentes étapes de la démarche qualité sur un thème défini afin de répondre aux objectifs fixés par le bureau de pilotage en respectant les limites du projet.

2.6.2.2 Etapes de la démarche

La décision de mise en place d'une démarche qualité au sein d'un établissement de santé suppose que soit garanti que celle-ci s'applique à l'ensemble de l'établissement ou à un

service ou encore à un processus particulier du système de production, le respect strict des étapes suivantes (Leteurtre et al., 1996) :

➤ Le diagnostic de l'existant : les référentiels et l'audit de la qualité

La norme ISO 8402 (management de la qualité et assurance de la qualité : vocabulaire) donne une définition précise de l'audit. Celui-ci est « un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et aptes à atteindre les objectifs ».

Le terme « dispositions préétablies » renvoie à la notion de référentiels ou de normes.

Les référentiels ou normes sont le fondement de toute démarche d'audit. Ils sont externes si l'auditeur se réfère à des normes qui ont été définies en dehors de la réalité spécifique de l'établissement. Ils sont internes si l'auditeur se réfère à des normes définies par l'établissement hospitalier. Les normes internes sont actuellement développées dans les établissements de santé qui multiplient les règles et procédures propres aux établissements hospitaliers.

Champs d'application de l'audit de qualité

Dès lors que l'on définit l'audit de qualité comme le contrôle du respect d'une norme interne ou externe, il est clair qu'un audit de qualité peut avoir à s'exercer sur tous les processus, procédures ou opération à l'œuvre dans la production hospitalière.

Afin de faciliter le classement des interventions possibles, une typologie des audits de qualité est proposée à partir de trois approches : une approche organisationnelle, une approche opérationnelle et une approche de mesure des résultats (Leteurtre, 1996).

➤ Programme d'assurance qualité ou plan d'amélioration qualité (PAQ)

L'assurance qualité selon l'ISO est « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité » (ISO, 1995).

Dans cette optique, le programme d'assurance qualité peut être défini comme un programme d'actions décidé par un établissement (projet d'établissement) ou un service (projet de service) tendant à garantir à ses clients un niveau de qualité de son infrastructure (bâtiment, équipement et matériel), de son organisation et de ses prestations conformes aux objectifs de qualité qu'ils se sont engagés à respecter. Le tableau II résume l'impact du plan d'amélioration qualité sur les activités de l'établissement hospitalier.

Tableau II : Impact du programme d'assurance qualité

	Etablissement sans PAQ	Etablissement avec PAQ
<i>Politique qualité</i>	Implicite	Explicite
<i>Culture</i>	Orale	Ecrite
<i>Formalisation des processus</i>	Faible	Développée
<i>Documentation</i>	Eparse/peu contrôlée	Centralisée/contrôlée
<i>Actions correctives</i>	Dispersées	Pilotée

Source : Jambart C. L'assurance qualité : les normes qualité. Economica, 1995.

➤ Formation

La mise en œuvre d'une démarche qualité suppose un apport d'information et de formation adapté aux besoins de chacun des acteurs de l'établissement.

La formation a pour objectif d'élever le niveau de compétence et d'accompagner un changement culturel aboutissant à un changement de comportement, nécessaire au respect des standards préétablis. Elle permet également l'appropriation des outils qualité, la gestion dynamique des ressources humaines, la motivation du personnel.

Il est important d'insister sur la spécificité de la formation donnée aux dirigeants, à l'encadrement et au personnel d'exécution (ANAES, 2002).

Les dirigeants doivent comprendre leurs responsabilités en matière de qualité et mettre en place le processus d'amélioration continue pour leurs propres actions, celles de leurs collaborateurs et l'ensemble des professionnels.

Les professionnels d'encadrement, point d'appui des démarches qualité, doivent avoir une formation précise et concrète sur ces démarches. Elle inclura une formation à la communication et à la pédagogie.

En ce qui concerne les autres professionnels de l'établissement, les formations doivent être centrées sur les pratiques quotidiennes, progressives et animées par des cadres, ce qui permet une formation appropriée par rapport à l'exercice professionnel quotidien.

Les domaines d'information et de formation potentiellement utiles sont très variés. On pourra citer sans être exhaustif le management de la qualité, les principes essentiels de la qualité, l'écoute des patients, la maîtrise de la qualité, l'amélioration continue de la qualité, les méthodes et outils qualité, la conduite de projet, la gestion documentaire.

➤ L'évaluation

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

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

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

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

Les instruments de mesure de la qualité sont :

- les indicateurs

Les indicateurs de qualité doivent être simples, pertinents, reproductibles et fiables (Fatzer, 1990).

Ils permettent de mesurer un résultat concernant la qualité. Plusieurs types de résultats peuvent être mesurés :

- les défauts et dysfonctionnements : un dysfonctionnement correspond à un résultat non attendu d'un processus. Ces indicateurs de dysfonctionnements de processus sont nécessaires, car ils permettent de corriger les erreurs en prenant des mesures correctives ;
- la démarche de résolution de problèmes permet de limiter ou de le faire disparaître. Le nombre de dysfonctionnement sera le meilleur indicateur de succès de l'action engagée. Dans cette catégorie entre un grand nombre de mesure de la qualité (produits défectueux, doublons, délais d'attente) ;
- le respect du processus : pourcentage de conformité d'une étape d'un processus ;
- la performance de processus : l'indicateur peut mesurer par exemple le pourcentage de guérison des patients.

- les enquêtes de satisfaction des patients

Ces enquêtes de satisfactions des patients peuvent fournir des mesures de qualité. Pour que ces enquêtes aient un sens pour le pilotage de la démarche, il est nécessaire que les mesures soient représentatives de la population statistique étudiée et reproductible ; par exemple les enquêtes réalisées un jour donné ou sur une période donnée.

- l'évaluation des pratiques professionnelles

Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles permettent de mesurer la conformité des pratiques à des références admises, de constater des écarts, d'en analyser les causes et de mettre en place des actions correctives.

Ces modalités de mesure sont particulièrement adaptées aux pratiques de soins (HAS, 2005).

2.6.3 D'autres paramètres indispensables

2.6.3.1 La gestion des risques

Ce thème mériterait à lui seul un travail de recherche. Signalons dans le cadre de ce mémoire que gestion des risques et démarche qualité sont étroitement liées. La gestion des risques est une partie intégrante d'une politique de qualité.

L'activité des établissements de santé recouvre de multiples domaines et disciplines qui sont sources de risques pour les malades, les personnels ainsi que les visiteurs des établissements de santé. Afin de promouvoir une gestion globale des risques dans les établissements de santé, il est nécessaire de mener différentes actions concernant surtout les risques liés aux soins mais aussi les risques techniques et environnementaux.

Dans le domaine de la santé, la gestion des risques est la mise en place d'une politique de gestion permettant d'assurer la sécurité des biens et des personnes hospitalisées ainsi que du personnel, d'anticiper sur des crises médiatiques ou internes. La gestion des risques doit donc être une préoccupation des établissements de santé marquée par :

- des exigences croissantes et légitimes des usagers en matière de sécurité, de qualité des soins et d'information ;
- une grande sensibilité de l'opinion aux risques sanitaires, relayée par les médias
- les enjeux de la responsabilité des actes des professionnels de santé ;
- les obligations réglementaires de plus en plus importantes ;
- la prise en compte par les assureurs de la mise en place d'un système adéquat pour le calcul de la prime d'assurance.

On constate donc que la gestion des risques concerne la sécurité des personnes mais aussi :

- la sécurité financière et la pérennité de l'établissement ;
- la préservation de l'image et de la réputation de l'établissement ;
- la sécurité juridique : apporter la preuve que des mesures de prévention et de gestion des risques ont été mises en place.

La sécurité représente donc une composante importante dans la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les nombreuses similitudes existant entre la gestion de la qualité et la gestion des risques, que ce soit en terme d'objectifs, de culture, de responsabilité des acteurs ou de méthodes, conduisent à intégrer les deux démarches dans la stratégie globale du management de l'établissement (ANAES, 2003).

2.6.3.2 Le coût de la non qualité

« La qualité coûte cher, mais il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité : son absence » disait JOCOU P³.

Face à la contrainte budgétaire des établissements et les exigences croissantes des patients pour la qualité des soins, du fait de l'évolution de son niveau de vie et de sa connaissance, la relation entre coût et qualité a été analysée au travers du concept de coût d'obtention de la qualité (COQ). Il correspond à la somme des dépenses supplémentaires engagées pour corriger et prévenir des dysfonctionnements.

Le coût d'obtention de la qualité permet de prendre en compte la notion d'investissement dans la qualité.

Les éléments du coût d'obtention de la qualité se répartissent en deux composantes :

le coût d'investissement dans la qualité (CIQ) et le coût de la non qualité (CNQ).

Les tableaux III et IV nous donnent respectivement les composantes du coût d'investissement dans la qualité et les composantes du coût de la non qualité.

Tableau III : Composantes du coût d'investissement dans la qualité

Dimension	Prévention	Evaluation
Définition	Prévenir les erreurs et intégrer la qualité dans le processus	Activité de détection des erreurs
Exemple	Formation du personnel	Méthode de l'audit

Source : ANAES. Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital. Paris ; 1998. p. 13

Tableau IV : Composantes du coût de la non qualité

Dimension	Défaillance interne	Défaillance externe
Définition	Erreur interne détectée avant que le service ne soit délivré	Erreur qui est découverte par le patient et qui le touche directement
Exemple	Coûts liés aux surtemps de travail	Coûts d'infection nosocomiale, réhospitalisation

³ Les enjeux économiques de la qualité. Paris : Dunod, 1992.

Source : ANAES. Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital. Paris : ANAES ; 1998. p.13

2.6.3.3 Les obstacles à la démarche qualité

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

- l'absence de volonté réelle des décideurs

Cette absence est très préjudiciable pour pérenniser l'effort mis en œuvre.

- la résistance au changement

Les résistances au changement peuvent se situer à un niveau individuel ou collectif et pénétrer tous les niveaux de la hiérarchie de l'établissement lors de la mise en œuvre de la démarche. L'implantation de la gestion de la qualité implique de passer notamment d'une culture orale répandue chez le professionnel de santé à la formalisation des processus : on touche ainsi à des habitudes et des comportements ancrés dans la culture hospitalière. Cette évolution est souvent mal vécue.

La maîtrise du langage technique de la qualité ainsi que la méthodologie nécessaire à la production de documents qualité constituent également vis-à-vis des acteurs un changement souvent perçu comme une menace, une remise en question des pratiques.

- la charge de travail supplémentaire

Elle est inévitable car la démarche qualité utilise et génère de nombreux documents tels que les documents internes (projets, description du système de management de la qualité, manuel qualité, procédures, protocoles, documents d'enregistrement ou de traçabilité, document de transmission de l'information), les documents externes (la réglementation, les guides). Il faut donc un surplus de travail relatif à la conception, à l'élaboration, à la validation, à la diffusion des différents documents qualité internes. De plus le développement d'une culture qualité c'est-à-dire l'appropriation progressive des principes et outils de la qualité par l'ensemble des professionnels nécessite un surinvestissement.

2.6.4 Facteurs clés du succès de la démarche qualité

Avant de lancer une démarche qualité, il convient de connaître quelques-uns des facteurs essentiels qui concourent à la réussite de la démarche.

- L'implication explicite de la direction

Le premier facteur clé du succès d'une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé est l'engagement de la direction. Les experts qualité ont

prouvé que les démarches qualité peinent à se mettre en place ou n'aboutissent pas par manque d'engagement des dirigeants.

La direction doit être convaincue de la nécessité du changement en interne. Elle doit définir la politique qualité, les objectifs, les plans d'actions, affecter les moyens humains et techniques en cohérence avec sa stratégie globale et en s'appuyant sur l'écoute des clients. Sans une direction persévérante, le projet ne sera durable, malgré la présence d'un responsable qualité en interne (Dominique, 2001).

- L'implication des professionnels

La mise en place de la qualité ne peut réussir sans une contribution importante du personnel en phase de conception et d'application. Cette implication passe par le travail en groupe, la formation, la reconnaissance des résultats et la communication sur l'avancement et les résultats de la démarche.

- La progressivité de la démarche

La mise en place d'une démarche qualité est un projet de longue durée. Le risque est celui d'une démotivation progressive des collaborateurs et d'une perte de patience des clients qui ne voient pas les résultats arriver. Pour ces raisons, l'introduction des améliorations doit se faire progressivement, par étapes successives. Ces principes de progressivité conduit à se concentrer sur des priorités, c'est-à-dire sur les points qui produisent les améliorations les plus notables.

- La communication interne

La communication est le facteur clé du succès, elle assure le partage du sens de la démarche, la diffusion des idées, la valorisation des démarches, la pérennisation des actions réalisées. Elle valorise la prise de conscience des professionnels quant aux besoins d'amélioration, aux enjeux de la qualité, aux résultats des démarches entreprises et de ce fait suscite l'implication des acteurs et la démultiplication des acteurs.

Si le dirigeant veut convaincre, il doit communiquer. La direction et l'encadrement doivent traiter l'information verticale ainsi que latérale.

N'oublions pas que la qualité a la vertu de concerner tout le monde à tous les niveaux hiérarchiques et dans tous les services. La qualité, n'est pas l'affaire d'une seule personne "le responsable qualité" mais l'affaire de tous. Le plus difficile est de bien communiquer, de telle sorte que l'information soit motivante pour les collaborateurs et de créer un climat de confiance et de respect mutuel. L'existence d'un système d'information approprié est un outil essentiel pour une bonne communication (réunions, information écrite, intranet...).

Conclusion partielle

Venant du monde industriel, la qualité a évolué à travers les âges et touche aujourd'hui le secteur de la santé ; des outils et des systèmes d'évaluation et de management de la qualité ont été introduits dans le monde des soins de santé. Moyens d'efficacité économique, la qualité est marquée par des principes comme l'attention accordée aux clients et l'instauration d'une démarche qualité requiert la participation de tous les acteurs. Ce concept complexe et dynamique se caractérise par une démarche méthodique appuyée par une vision transversale des processus. Pour un bon développement de la démarche qualité en établissement de santé, on doit prendre en compte les dimensions stratégique, technique, structurelle et culturelle de la qualité.

CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU TOGO

3.1 Contexte

Le Togo, à l'instar de la plupart des pays de l'Afrique de l'ouest, s'est engagé dès son accession à l'indépendance dans un processus de développement sanitaire visant à garantir le meilleur état de santé possible à l'ensemble de la population. C'est ainsi qu'il a fait siens la déclaration d'Alma-Ata de 1978, l'initiative de Bamako de 1987, le scénario de développement sanitaire en trois phases et d'autres initiatives à l'échelon sous régional, régional et mondial.

En conséquence, les efforts de l'état ont permis grâce au premier plan de développement économique et social de mettre en place des infrastructures sanitaires rapprochant les services de santé des populations. Cet effort soutenu n'a pas résisté longtemps à la première crise économique des années 80 et à la détérioration des termes de l'échange.

Aussi au seuil du nouveau millénaire, le Togo se trouve-t-il confronté à d'énormes défis à relever consistant d'une part à vaincre la pauvreté, à réduire l'ampleur des maladies liées à celle-ci et à promouvoir un développement économique et social juste et équitable.

En 2000, le Togo a souscrit aux objectifs du millénaire pour le développement, aux recommandations du sommet d'Abuja et au nouveau plan d'action de partenariat pour le développement issu du sommet des chefs d'Etats de l'Union Africaine tenu à Lusaka. Ces nouvelles initiatives à l'échelon africain et mondial offrent une opportunité certaine au

pays. C'est dans ce contexte que l'élaboration du plan national de développement sanitaire a été initiée pour guider l'action gouvernementale au cours de la période 2002-2006 (MSP, 2002).

3.2 Politique nationale de santé

Les initiatives mondiales et régionales des années 80 et 90, notamment la santé pour tous, la stratégie des soins de santé primaires, l'initiative de Bamako ont influencé considérablement l'élaboration de la politique sanitaire nationale conduite en 1996 et de sa mise à jour réalisée en novembre 1998. L'objectif fondamental de cette politique était « l'amélioration de l'état de santé des populations dans le cadre du développement socio-économique général et de la lutte contre la pauvreté », à travers les trois objectifs spécifiques suivants :

- réduire la mortalité, la morbidité et améliorer le bien-être à travers des soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré-adaptatifs ;
- étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, en assurant des services de qualité et la disponibilité des médicaments génériques essentiels ;
- agir sur les déterminants de la santé et rendre le système viable et performant (OMS-AFRO, 2004).

3.3 Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

Le Togo, pour la première fois de son histoire a inauguré, avec le PNDS 2002-2006, une nouvelle étape de développement de son système de santé.

Le PNDS, élaboré dans un processus de la base au sommet, traduit la volonté politique du gouvernement d'apporter des réponses appropriées, efficaces et efficientes aux besoins de santé des togolais exprimés par eux-mêmes. Il a le mérite d'adopter une approche globale de développement sanitaire ascendant dit approche participative. Il définit les orientations stratégiques et les actions prioritaires de santé pour les cinq années à venir sur la base des grandes orientations de la politique nationale de santé à savoir :

- améliorer la qualité des soins et des services ;
- réformer le système de santé en vue de l'adapter aux nouveaux défis du secteur ;
- augmenter l'accès des populations aux services et soins de santé de qualité ;
- réduire le taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- organiser et gérer le secteur de la santé ;
- améliorer l'hygiène publique et le contrôle de la qualité des denrées alimentaires ;

- former un personnel suffisant aux besoins socio-sanitaires des populations ;
- réaliser l'approvisionnement en médicaments essentiels de toutes les formations sanitaires ;
- promouvoir un environnement physique, économique et politique favorable à la santé ;
- encourager la recherche appliquée en pharmacopée traditionnelle.

Le PNDS constitue désormais un cadre de référence de tous les intervenants du secteur de la santé notamment le gouvernement, les acteurs publics et privés, la société civile et les partenaires dans la conception et la mise en œuvre des interventions de développement sanitaire. L'exécution du PNDS requiert donc l'appui de tous les acteurs socio-sanitaires et les partenaires au développement (MSP, 2002 ; OMS-AFRO, 2004).

3.4 Profil épidémiologique

L'état de santé des populations togolaises reste précaire, en raison notamment de la crise socio-politique persistante et ses conséquences sur les secteurs sociaux.

La morbidité se caractérise encore aujourd'hui par une prédominance des maladies infectieuses et parasitaires, au premier rang desquelles se trouve le paludisme. Parmi les autres causes de morbidité, on note dans l'ordre décroissante : les plaies de traumatismes, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (OMS-AFRO, 2004).

3.5 Organisation sanitaire

L'organisation du système de santé met en jeu plusieurs acteurs des secteurs public, privé à but lucratif, associatif et confessionnel, informel et traditionnel.

L'organisation actuelle du système de santé comprend trois niveaux :

- le niveau central ou national avec le cabinet du ministère, la direction générale et ses directions centrales et services. Il est chargé de l'élaboration des politiques et normes, de la mobilisation de ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- le niveau intermédiaire, correspondant aux six régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier régional, les services privés de soins à portée régional ;
- le niveau périphérique, organisé en 35 districts sanitaires, correspondant aux préfetures. Il est chargé de la planification, la mise en œuvre, du suivi évaluation de la politique sectorielle de santé. Ce niveau est également chargé de la mobilisation des communautés et des acteurs locaux.

Les institutions publiques de prestation de services et de soins de santé sont organisées en quatre niveaux :

- les unités de soins périphériques, au nombre de 515, constituant le premier niveau de contact des populations avec le système de santé ;
- les hôpitaux de districts, au nombre de 26, représentant le deuxième niveau ;
- les centres hospitaliers régionaux, au nombre de 6, constituant le troisième niveau ;
- les centres hospitaliers universitaires (CHU), au nombre de 3, constituant le dernier niveau de référence du système national.

Le secteur privé comprend 283 institutions de prestation de soins dont 7 hôpitaux confessionnels, 155 cliniques et 121 unités de soins infirmiers. Ce secteur comprend les secteurs privés lucratif et non lucratif, ce sont des associations et d'organisation non gouvernementale (ONG) de caractère laïc ou plus souvent, de confessions religieuses (OMS-AFRO, 2004).

Le taux de réalisation des supervisions du personnel de santé est de 69,89% en 2003.

La coordination dans le secteur s'effectue à travers trois mécanismes, le comité de coordination du secteur santé au niveau national, la coordination des bailleurs de fonds santé et la coordination des agences du système des Nations Unies.

Par ailleurs, des sous comités sont mis en place pour les besoins de suivi de certains programmes nationaux : le conseil national de lutte contre le Sida, le comité national de lutte contre le paludisme, le comité national antituberculeux (OMS-AFRO, 2004).

3.6 Couverture sanitaire

La situation des infrastructures et des équipements a subi de plein fouet les effets des difficultés socioéconomiques que connaît le Togo depuis plusieurs années. En 1997, le Togo comptait 146867 habitants pour un hôpital, 38000 habitants pour un laboratoire et 314286 habitants pour une salle de radiologie. Le nombre moyen d'habitants par lit d'hôpital est estimé à 1128 en 2001 (Salami et al., 2002).

Le taux de couverture des populations (Pourcentage de la population vivant dans un rayon de 5km des services de santé) est estimé à 60%. Cependant, l'utilisation effective des services de santé publics s'est considérablement réduite au cours des dernières années en raison de la dégradation continue des infrastructures et équipements, de la pénurie des consommables, de la démotivation du personnel ainsi que du coût relativement élevé des prestations (OMS-AFRO, 2004).

3.7 Ressources humaines

La situation actuelle des ressources humaines du secteur public est caractérisé par :

- un déséquilibre dans la répartition géographique des personnels avec une forte concentration à Lomé la capitale ;
- un déficit en personnels qualifiés ;
- la structure centrale chargée de la gestion du personnel est peu outillée et ne dispose pas de cadres compétents pour assurer sa mission de gestion ;
- la formation de base du personnel de santé est assurée par la Faculté Mixte de médecine et de Pharmacie pour les médecins et les spécialistes. Les paramédicaux sont formés par : l'Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires ; l'Ecole des Assistants Médicaux ; l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux ; l'Ecole Nationale des Sages-femmes. Les programmes de formation de ces écoles ne sont plus adaptés aux besoins et réalités du terrain.

Les difficultés rencontrées tiennent pour une large part à des problèmes de planification, de gestion et de formation des personnels de la santé (MSP, 2002 ; OMS AFRO, 2004).

3.8 Ressources financières

Le financement de la santé provient essentiellement des sources suivantes : l'Etat, les collectivités, les ménages, et les partenaires au développement.

La subvention de l'Etat est caractérisée ces dernières années par une progression instable des allocations. La santé est une des priorités de l'Etat, ceci se traduit dans les allocations de budget et les autorisations de dépenses. La part du budget de la santé dans le budget général se situe en moyenne entre 7% et 10%. Malgré les efforts pour donner à la santé une part acceptable du budget, les montants s'avèrent souvent insuffisants. D'une manière générale, la mise en œuvre du budget souffre d'insuffisance de liquidité de fonds et pénalise surtout l'acquisition des biens et services courants de fonctionnement et d'entretien.

Certaines collectivités locales (mairies ou préfectures) participent au financement des services de santé par le paiement des salaires de certaines catégories de personnels appelés agents de santé de préfecture.

Les ménages participent au financement de la santé à travers des coûts dans les formations sanitaires, c'est-à-dire le paiement à l'acte et l'achat de médicaments (MSP, 2002).

Les partenaires au développement participent très activement au financement des activités de santé. En général, l'appui financier des partenaires s'exprime à travers les programmes de coopération avec le gouvernement. Il se fait également à travers le financement des projets spécifiques et des actions ponctuelles telles que les journées nationales de vaccinations et la gestion des épidémies ou des catastrophes. Les principaux partenaires au développement sanitaire sont :

- Au plan bilatéral, les principaux bailleurs de fonds sont la France, l'Allemagne, les Etats-Unis d'Amérique, la Chine et le Japon ;
- Les agences multilatérales présentes dans le secteur de la santé sont l'OMS, le Fond des Nations Unies pour l'Enfance, le Fond des Nations unies pour la Population, le PNUD, la banque mondiale, l'union Européenne (MSP, 2002).

3.9 Analyse de l'offre

Les soins curatifs sont dispensés dans toutes les formations sanitaires. Les soins réadaptatifs sont dispensés dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ainsi que dans les centres spécialisés tels que le centre national d'appareillage orthopédique et ses antennes de Kara et de Dapaong.

Toutes les maternités assurent des consultations prénatales ainsi que des accouchements mais en poste fixe uniquement. Une maternité sur trois mène des activités de planification familiale.

Des ordinogrammes de prise en charge des malades et les guides thérapeutiques à l'usage du personnel de santé sont disponibles dans 67% des formations sanitaires. Leur utilisation reste encore limitée. L'analyse des données du registre de consultations réalisées en 1995 dans les formations sanitaires périphériques a montré que 51% des prescriptions étaient incorrectes et non conformes aux ordinogrammes.

Un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) à Lomé et un centre régional de transfusion sanguine à Sokodé couvrent tout le pays. Les indications de transfusion sont limitées aux cas d'extrême urgence.

Les activités de supervision du directeur préfectoral de la santé dans les unités de soins périphériques sont rares fautes de disponibilité de moyens logistiques. Quand la supervision existe, elle est souvent informelle et mal organisée (MSP, 2002).

Cette analyse de la situation a permis d'identifier les principaux problèmes suivants regroupés en trois grands types selon le document du PNDS, à savoir :

- Problèmes d'états de santé

- Persistance des maladies infectieuses et parasitaires ;
- Progression rapide du VIH/SIDA et des IST ;
- Mortalité maternelle et infantile élevées ;
- Prévalence élevée de la malnutrition et des carences en micro-nutriments chez les enfants de 0 à 3 ans ;
- Prévalence élevée de cas de plaies et traumatismes ;
- Recrudescence des maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, bucco-dentaires, maladies métaboliques, maladies mentales).

- Problèmes sous-jacents du système de santé

- Faible réactivité du système de santé ;
- Faible capacité d'organisation, de coordination et de capitalisation des acquis ;
- Insuffisance du financement du secteur et du système de protection sociale ;
- Insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines.

- Problèmes sous-jacents extérieurs au système de santé

- Faible couverture des ouvrages d'approvisionnement en eau potable et assainissement, et mauvaises conditions d'hygiène ;
- Faible niveau d'éducation de la population sur la santé ;
- Existence des pratiques néfastes et des comportements à risques pour la santé (violences liées au genre, toxicomanie, etc.) ;
- Forte pression démographique.

L'analyse de la situation sanitaire a permis aussi d'identifier les forces et les faiblesses du système.

- Forces du système de santé : la reconnaissance du secteur de la santé par les pouvoirs publics comme un secteur prioritaire, le dévouement du personnel de santé au travail, la participation communautaire au financement du secteur de santé par la contribution au recouvrement partiel des coûts, la stabilité des dispositions institutionnelles.

- Faiblesses du système de santé : l'insuffisance de personnel qualifié, la faible capacité de gestion du secteur, l'insuffisance d'application des textes réglementaires, la vente illicite de médicaments (MSP, 2002).

Les décideurs, les professionnels de la santé devront s'appuyer sur les forces du système.

Conclusion partielle

L'analyse de la situation sanitaire montre des insuffisances du secteur de santé pour apporter à la population des services de qualité.

Le défi central auquel fait face le secteur de la santé demeure celui de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous.

Au plan managérial, l'encadrement, la supervision font souvent défaut et le système d'information sanitaire manque de fiabilité. L'engagement dans les démarches de contrôle de gestion et de qualité régulières s'avère nécessaire.

L'engagement du Togo dans les démarches stratégiques (PNDS) permettra de relever ces défis majeurs du secteur de la santé. En effet, le PNDS développe différentes stratégies visant à améliorer l'opérationnalité ainsi que la performance du système de santé au niveau de district, de la région et du niveau central. Il s'agit entre autres, de la promotion de la qualité des soins et services, du renforcement de la réglementation du secteur, du renforcement de la gestion décentralisée du système, du renforcement de la lutte contre les maladies de la pauvreté (VIH/SIDA, tuberculose, maladies diarrhéiques).

Le Togo pourrait aussi s'enrichir de l'expérience de la France.

CHAPITRE 4 : L'EXPERIENCE FRANÇAISE

4.1 La démarche qualité et la certification⁴ en France : des liens étroits

Les démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité se sont développées progressivement sous l'impulsion de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 puis avec une accélération franche sous celle de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 instaurant la certification dans les établissements de santé français.

Cette procédure de certification s'inspire des modèles anglo-saxons développés depuis de nombreuses années à l'initiative de professionnels de santé soucieux de promouvoir la qualité des services rendus aux patients, tout en veillant à les adapter à la culture et aux particularités du système sanitaire français.

Certification et qualité constituent un nouveau système à intégrer puisque l'instauration de démarche qualité dans les structures de santé ne laisse plus le libre choix à l'initiative des directions d'établissements. Comme le souligne BOIX A. M. « visant explicitement à introduire une démarche institutionnelle d'amélioration de la qualité, la certification constitue bel et bien le nouvel ordre auquel l'ensemble des établissements doivent se référer ». La certification impose donc un nouveau cadre réglementaire, étroitement lié à la

⁴ L'article 36 de la loi du 13 août 2004 a remplacé le mot « accréditation » des établissements de santé par le mot « certification ». Ce nouveau vocable est utilisé désormais dans tous les documents de la HAS.

démarche qualité dans ce qu'il présuppose une conduite de changement dans les pratiques professionnelles et dans le management des organisations (ANAES, 2004b).

- Définition de la certification

La certification est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels extérieurs à l'établissement, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

En application de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, cette procédure a été conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

L'ANAES établit avec les acteurs du système de santé des référentiels, conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats en terme de gain et de satisfaction du patient.

La HAS remplace l'ANAES en 2004. La HAS est créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, elle est une autorité publique indépendante et consultative, à caractère scientifique dont l'objectif est de répondre à la « nécessité de structurer davantage le système de soins, d'éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse et d'entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et de certification » Cette nouvelle instance reprend toutes les missions de l'ANAES.

La procédure de certification s'inscrit dans un double courant international prônant, d'une part, une démarche professionnelle de promotion d'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, l'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus (ANAES, 2004b).

- Objectifs de la certification

Elle a six objectifs principaux :

- favoriser l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins délivrés par les établissements de santé ;
- apprécier la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- la publication des résultats qui a un effet incitatif pour les établissements de santé et la formulation des recommandations explicites ;
- l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité ;
- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;
- l'amélioration de la confiance du public (ANAES, 2004b).

- Champ d'application et limites de la certification

La procédure de la certification concerne tous les établissements de santé, publics et privés, et potentiellement les établissements de santé militaires. Elle concerne également les groupes de coopération sanitaire entre établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers détenteurs d'une autorisation d'activité, ainsi que les réseaux de santé et les installations de chirurgie esthétique. Elle s'applique aux activités de l'établissement de santé qui participent directement ou indirectement à la prise en charge du patient et concerne donc, simultanément, l'ensemble des structures (services, départements, etc.) et des activités en raison des interrelations existantes entre elles. Plus de 3000 établissements sont concernés.

Les activités médico-sociales, même lorsque celles-ci s'exercent au sein de l'établissement et les activités d'enseignement et de recherche n'entrent pas dans le champ de la certification (ANAES, 2004b).

- Principes fondateurs de la certification

La place centrale du patient : il s'agit d'apprécier la capacité de l'établissement à s'organiser en fonction des besoins et des attentes du patient. Cette appréciation doit prendre en compte les observations et les niveaux de satisfaction du patient. L'ensemble des référentiels et des étapes de la procédure est centré sur l'appréciation de la prise en charge du patient tout au long de son parcours dans l'établissement.

L'implication des professionnels exerçant dans l'établissement de santé : l'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes, conduites par les professionnels de santé. La participation de l'ensemble des professionnels est indispensable à la conduite de changement. Cet engagement des professionnels va de pair avec la reconnaissance d'une responsabilité accrue dans le domaine de l'évaluation et de l'obligation de rendre compte au public et aux tutelles de la qualité des soins donnés.

L'amélioration continue de la qualité des soins repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement du personnel. Elle concerne toutes les dimensions de la qualité, et notamment l'efficacité et l'efficience. Elle porte une attention particulière aux résultats obtenus et intègre l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'agit d'une démarche pragmatique qui procède par améliorations successives objectivées par des mesures.

L'amélioration de la sécurité des soins : La sécurité est une dimension majeure de la qualité des soins et correspond à l'une des attentes principales des patients vis-à-vis du système de santé. Alors que les progrès scientifiques et techniques renforcent chaque jour l'arsenal des moyens diagnostiques et thérapeutiques, dans le même temps et paradoxalement, ils diminuent l'aptitude du système de production de soins à garantir la sécurité des patients. Pour y répondre, la mise en place de système de gestion des risques repose sur plusieurs éléments, dont le respect de la réglementation en matière de sécurité, mais aussi sur les bonnes pratiques et la mise en place d'un système d'évaluation et d'amélioration, fondé sur l'identification des risques et la mise en œuvre d'action de prévention.

Une démarche pérenne : l'obtention de résultats durables en matière de démarche qualité suppose un engagement de l'établissement de santé sur le long terme. La certification incite, par son caractère itératif, à la mise en place de démarches pérenne d'amélioration de la qualité. Pour favoriser cet engagement dans le temps, la HAS formule des recommandations et en assure le suivi.

Une démarche évolutive : la certification prend en considération les attentes de l'environnement. La HAS adapte et améliore sa démarche selon les résultats d'expérimentation et d'évaluation, les retours des professionnels de santé visités et les diverses informations recueillies.

- Positionnement de la certification

Conduites à l'aide de référentiels, la procédure de certification tend à analyser le positionnement de l'établissement par rapport à des références thématiques qu'on trouve dans le manuel de certification. Les références thématiques du deuxième manuel de certification sont :

- Politique et qualité du management
- Ressources transversales
- Prise en charge du patient
- Evaluation et dynamique d'amélioration

- Etapes essentielles de la procédure de la certification

La procédure de certification d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps :

- Entrée dans la procédure de certification

L'établissement s'engage après avoir mis en œuvre une politique qualité depuis un certain temps. Un contrat est proposé par la HAS au représentant légal de l'établissement de santé.

- Autoévaluation

L'autoévaluation est une étape importante de la procédure de la certification. A cette occasion, l'ensemble des professionnels de l'établissement effectue sa propre évaluation de la qualité à l'aide d'un manuel proposé par la HAS.

- Visite de certification

Les experts-visiteurs sont des professionnels issus des différents métiers de la santé en exercice. Ils sont recrutés par la HAS pour effectuer des visites de certification selon des caractéristiques fixées par elle.

Le rôle des experts est d'apprécier la dynamique d'amélioration continue de la qualité et l'engagement de l'établissement dans la sécurité du malade, sous tous ces aspects. Les objectifs généraux se déclinent en la connaissance de l'établissement (activité...), la validation de l'auto-évaluation réalisée par l'établissement, la constatation de l'organisation de l'établissement par les visites et par les rencontres, soit par des personnels de l'établissement, soit par les patients.

- Rapport des experts

Un rapport est établi par les experts-visiteurs à l'issue de la visite à partir des résultats de l'auto-évaluation et des informations collectées lors de la visite. Ce rapport est transmis au collège de la certification dans un délai de deux mois suivant la visite. Le collège, de composition multiprofessionnelle, exerce plusieurs missions telles que l'élaboration de règles de décision, la validation du rapport de certification de chaque établissement, le traitement des contestations relatives au rapport de certification, la réalisation d'une synthèse annuelle des résultats des procédures de certification et de l'état de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé.

- Communication des résultats de la certification

A l'issue de la procédure de certification, le rapport est transmis par le directeur général de la HAS à l'établissement de santé et au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et mis en ligne sur le site Internet de la HAS (ANAES, 2004b).

- La certification : quelles perspectives ?

La certification a formellement commencé en 1999. C'est une démarche jeune, qui a fait face à une montée en charge exponentielle, sans toutefois perdre ses valeurs et ses

principes fondateurs qui semblent être reçu aujourd'hui favorablement par les professionnels et progressivement par le public.

Ces différentes perspectives sont :

- Engagement de tous les établissements

Les 3000 établissements de santé composant le paysage sanitaire actuel en France sont tous engagés dans la procédure, l'objectif étant qu'ils soient certifiés en 2006. Le nombre total des établissements ayant achevé leur première visite de certification est de 2557 à la fin de l'année 2005, soit 86% des établissements de santé. La totalité des établissements de santé se seront soumis à la procédure de certification à la fin de l'année 2006 ;

- Une deuxième version de la procédure de certification se met en place. Elle est plus exigeante en matière de gestion des risques et des évaluations des pratiques professionnelles ;

- Formation des experts-visiteurs ;

- Diversification du champ d'application de la certification

La place centrale du patient dans la procédure de certification amène la HAS à progressivement élargir son périmètre d'intervention aux autres modes de prise en charge tels que l'hospitalisation à domicile, la chirurgie esthétique, les réseaux de soins. L'élargissement du champ d'application de la certification des établissements de santé va s'effectuer en respectant les principes et les valeurs fondateurs de la certification des établissements de santé et en veillant à la cohérence méthodologique entre ces différentes approches. C'est dans cet optique que se développe au cours de l'année 2006, un dispositif de certification des structures de chirurgie esthétique ;

- Informer davantage les professionnels de santé et le grand public

La mise en ligne de l'intégralité des rapports de certification de chaque établissement visité permettra d'informer d'avantage les professionnels de santé et le grand public.

- La certification doit davantage constituer un puissant vecteur d'amélioration de la qualité des prestations dans les établissements de santé, pour cette raison l'intervalle entre deux procédures de certification sera réduit à 4ans au plus ;

- Développer les partenariats et les relations internationales

La HAS entend encore renforcer ses relations avec les sociétés savantes et les collègues professionnels. Elle a organisé un séminaire à destination des enseignants des facultés de médecine et de la conférence des doyens de facultés de médecines, portant sur l'introduction de l'enseignement de la démarche qualité au cours des études de médecine.

Pour accroître la crédibilité de la certification en France, la HAS poursuivra ses partenariats traditionnels avec les organisations internationales telles que l'*International Society for Quality in Health Care*, l'*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*, *Guidelines International Network* (HAS, 2006).

- Accréditation des services de santé dans d'autres pays industrialisés

Dans de nombreux pays, la mise en place des programmes qualité est formalisée par les institutions gouvernementales ou les organisations professionnelles, sous la forme d'une méthode appelée « accréditation ». L'accréditation a débuté aux Etats-Unis en 1917 avec la création de l'*Hospital Standardisation Program* ; programme devenu, en 1950 de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation* (JCAHO). Elle s'est étendue à des pays comme le Canada en 1958 où l'accréditation est appelée « agrément », le Royaume-Uni en 1995 ou encore l'Australie en 1981. Plusieurs pays européens mettent en place des démarches expérimentales d'accréditation. Ces procédures sont fondées sur le concept d'amélioration continue de la qualité et de son évaluation.

On remarque que ces principaux systèmes d'accréditation existant en France et dans les autres pays industrialisés ont des caractéristiques communes. Ces caractéristiques communes sont au nombre de quatre : la prise en compte de l'ensemble de l'organisation des soins, l'existence d'un manuel rassemblant les standards de qualité, la visite réalisée sur site, la formalisation de la procédure par la production d'un rapport d'accréditation.

L'accréditation des services de santé rencontre un intérêt grandissant partout dans le monde. Une coopération visant à échanger et établir des normes cohérentes s'est engagée au niveau international avec la création de la fédération internationale des organismes d'accréditation des soins de santé, qui porte l'appellation de programme Alpha (*Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation*).

Alpha est le forum qui permet aux organismes d'accréditation des soins de santé à travers le monde de se réunir, de trouver un terrain d'entente et d'apprendre les uns des autres. C'est grâce au travail de cet important forum que l'on parvient à établir la crédibilité de l'accréditation des soins de santé au plan international (Heidemann, 2000).

4.2 La démarche qualité au Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice

Le système hospitalier français est entré dans une période de réforme depuis les années quatre-vingt dix.

La nécessité de transparence et de sécurité sanitaire a été renforcée notamment par les affaires de sang contaminé, les malformations liées à la prise de thalidomide chez les

femmes enceintes. Depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, la tendance s'est renforcée par l'obligation pour les établissements de santé de rentrer dans une procédure de certification où la qualité de l'établissement sera appréciée par un organisme externe.

Enfin, l'évolution récente de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale et la pression de certains médias obligent les établissements à une plus grande transparence sur les moyens mis en œuvre pour prévenir les risques et assurer la qualité des soins.

En conséquences, les établissements sont dans l'obligation de mettre en œuvre une démarche qualité interne pour répondre à ces nouvelles contraintes. De nombreuses initiatives se sont ainsi développées dans les 3000 hôpitaux français.

Les objectifs de ces démarches qualité se rejoignent tous sur l'objectif ultime, à savoir modifier la façon dont l'organisation opère et cela dans l'intérêt des patients. Pour répondre à ces nouvelles exigences, le Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice a mis en place un programme qualité à partir des références du manuel de certification des établissements de santé de la HAS.

Avant d'analyser le système de management de la qualité mis en place dans ce Centre Hospitalier (CH), nous allons présenter sommairement l'établissement.

4.2.1 Présentation de l'établissement

Le centre Hospitalier Sainte Marie de Nice a été créé en 1862 par le Père Joseph **Chiron** fondateur de la congrégation des religieuses de Sainte Marie de l'Assomption.

Il appartient à l'Association Hospitalière Sainte Marie dont le siège social et la direction générale sont situés à Chamalières dans le Puy-de-Dôme.

L'association comprend cinq établissements principaux : Clermont-Ferrand, Privas, Le Puy-en-Velay, Nice, et Rodez.

La vocation du CH Sainte Marie est de répondre aux besoins en santé mentale de la population, en participant au service public, dans le respect des valeurs fondamentales de l'Association.

Situé à la limite Est de la ville de Nice, l'établissement couvre six secteurs géographiques du département des Alpes-Maritimes, dont cinq s'étendent sur l'agglomération niçoise et ses environs, et un sur la région de Menton.

Sur les trois dernières décennies, le CH Sainte Marie de Nice a radicalement modernisé ses équipements de soins afin de mieux répondre aux besoins de la population. Le nombre de lits d'hospitalisation a été considérablement réduit (1503 lits au 01 janvier 1970, 431 lits au 01 octobre 2002) au profit de structures alternatives à l'hospitalisation.

Depuis 1975 jusqu'à nos jours, l'établissement accueille la population de six secteurs du département des Alpes Maritimes, dans 12 unités d'hospitalisation temps plein, 10 structures d'hôpital de jour, 6 centres médico-psychologiques exerçant une activité ambulatoire de consultation sur la ville de Nice et l'arrière pays niçois.

Des structures intersectorielles exercent des prises en charge spécifiques : unité pour malades agités et perturbateurs, structure intersectorielles pour adolescents difficiles, atelier thérapeutique agricole, département pour psychoses déficitaires et autistiques, centre intersectoriel d'alcoolologie, un centre intersectoriel de thérapies familiales.

L'établissement dispose d'un plateau médico-technique constitué de salles de radiologie, d'électroencéphalographie, d'échographie, de fibroscopie, un cabinet de soins dentaires, un bureau de consultation de cardiologie. Le Centre Hospitalier Sainte Marie dispose également d'un laboratoire d'analyses biologiques et d'une pharmacie à usage intérieur.

Dans le domaine sociothérapeutique, l'établissement s'appuie sur la fédération sociothérapie et culturelle qui regroupe les activités socio-culturelles et sportives pour l'ensemble des patients.

Une aumônerie facilite l'accès aux activités culturelles des patients.

Parmi les activités hors champs de la procédure de la certification, le CH Sainte Marie travaille en réseau avec le Centre d'Accueil Psychiatrique ; (structure appartenant au CHU de Nice) et dispose d'un IFSI et d'une école d'aides soignants. De nombreuses conventions lient le CH avec de multiples partenaires sociaux, médicosociaux et sanitaires (hôpitaux locaux, maison de retraite...).

4.2.2 Genèse du système qualité

Le CH Sainte Marie de Nice a officialisé sa démarche qualité en 1999, soutenue et menée par un engagement fort du conseil d'administration et de la direction. L'ensemble du personnel médical, paramédical et technique ont été sensibilisés à ce projet d'établissement et ont adhéré aux divers enjeux.

Le personnel a été sensibilisé et a pu mieux comprendre les enjeux de cette implication dans la démarche qualité. Procédures, modes opératoires, protocoles, enregistrement et traçabilité ont été compris par l'ensemble des responsables médicaux, paramédicaux et administratifs de la structure.

L'établissement s'est engagé dans la procédure de certification et a été certifié en 2003 avec des recommandations. En effet cette première procédure de certification a conforté

l'établissement dans son engagement à poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'objectif est désormais d'accroître le niveau de qualité pour lequel l'établissement a été reconnu. C'est dans cette optique que l'établissement s'est engagé dans la deuxième procédure de certification, et sera visité par les experts en mai 2007.

4.2.3 Description des axes principaux de la politique gestion globalisée qualité et risque

En 1999 le CH Sainte Marie s'est engagé dans la procédure de certification avec la volonté de la direction. L'établissement a défini et a mis en œuvre des orientations stratégiques de sa politique qualité.

- Les orientations générales de cette démarche sont :

- Réduire les recommandations formulées par la HAS ;
- Définir et mettre en œuvre une politique de management général et de proximité qui coordonne l'ensemble des actions afin de répondre aux orientations souhaitées et programmées pour l'ensemble des établissements de santé ;
- Définir et mettre en œuvre une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques pour l'ensemble des secteurs d'activités ;
- Préciser une politique du dossier patient dans le cadre des recommandations de la HAS ;
- Mettre en place un système d'évaluation et d'audit du management, de la gestion des risques, des pratiques professionnelles.

- Les objectifs de travail sont :

- Formaliser un programme annuel d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques ;
- Améliorer la procédure de gestion des risques en y intégrant tous les secteurs d'activité et en impliquant les acteurs ;
- Mettre en place des groupes de travail sur chaque thème avec un chef de projet identifier pour ses compétences et son expertise ;
- Définir des thèmes d'audit et d'évaluation et les planifier.

- La gestion des risques

Le projet gestion des risques du CH Sainte Marie est conforme aux obligations réglementaires et aux recommandations dont l'objectif est de mettre en place une organisation permettant :

- de pouvoir, en situation de risque, se reposer sur des dispositifs rapidement mis en œuvre ;
- de prévenir certains risques par le signalement de tout événement indésirable ou dysfonctionnement constaté au quotidien et de mettre en œuvre des actions correctives.

Il nécessite l'implication de tous les acteurs de l'institution.

Il se décline en trois niveaux d'organisation : risques majeurs, risques structurels, signalement des risques (la gestion des risques au quotidien).

Pour ce qui concerne la gestion des risques au quotidien l'outil utilisé est la fiche progrès. Il sert, a priori, à repérer les risques et, a posteriori, au recensement, à l'analyse et à la mesure des écarts. Il sert également à mettre en avant des actions exemplaires pour l'ensemble de l'établissement.

La fiche progrès est à remplir de façon neutre, objective et le plus précisément possible. La fiche progrès sera informatisée (logiciel APTA). L'informatisation de cette fiche progrès est prévue pour le 2^e semestre 2006.

Les correspondants de pôles et le bureau de pilotage qualité constituent le comité de coordination des risques qui se réunira à périodicité définie pour réaliser un bilan, proposer des actions d'améliorations et établir un programme annuel ou pluriannuel de la qualité et de la gestion des risques.

- Amélioration continue de la qualité

Les orientations stratégiques du projet d'établissement sont renforcées par des plans d'actions qualité (PAQ) qui intègrent les recommandations issues de la visite de certification de 2003 et assurent l'interface avec la deuxième procédure de certification.

Les plans d'actions, validés en bureau de pilotage, sont les suivants :

- Pôle management : 4 PAQ (Direction, Qualité et gestion des risques, Ressources humaines, Système d'information et information médicale)
- Pôles médicaux et médico-social (soins et séjour du patient) : 6 PAQ
- Pôles médico-technique et logistique : 2 PAQ (médico-technique, logistique (achats, hoteliers, sécurité)

Ce processus renforce la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette méthodologie permettra, par la suite, la mise en œuvre des actions d'évaluation.

4.2.4 Organisation qualité actuelle de l'établissement

L'établissement a mis en place une organisation qualité dès 1999. Cette organisation modifiée en 2004, s'appuie essentiellement sur les instances suivantes :

- **Service qualité, gestion des risques**

Depuis le mois de juin 2004, la cellule qualité est devenue un service « qualité, gestion des risques » sous l'autorité d'un responsable cadre de santé, assisté d'un cadre administratif à temps plein et d'une secrétaire.

Positionnement

Placé sous l'autorité du Directeur de l'établissement, le Service « qualité, gestion des risques » exerce une mission transversale de coordination des projets et du système de qualité auprès de tous les services de l'hôpital.

Objectifs

Faciliter la mise en œuvre de la démarche d'amélioration permanente de la qualité de l'hôpital dont la reconnaissance doit aboutir à la certification par la HAS.

Missions :

- Participer à l'élaboration de la politique qualité et prévention des risques ;
- Développer la politique qualité et prévention des risques ;
- Communiquer sur la démarche qualité et prévention des risques ;
- Développer, promouvoir et pérenniser la culture de l'évaluation dans tous les secteurs d'activité ;
- Proposer l'élaboration d'une procédure, évaluer son application et sa faisabilité ;
- Etre le garant du respect des procédures de gestion de la documentation interne et externe ;
- Préparer et accompagner les procédures de certification et s'assurer de leur bon déroulement.

Il est à signaler que le service « qualité, gestion des risques » n'a pas vocation à se substituer aux professionnels lors de l'élaboration des procédures et protocoles, mais apporte un appui méthodologique.

- **Bureau de pilotage qualité (BPQ)**

Dans sa composition, toutes les fonctions sont représentées.

Présidé par le Directeur de l'hôpital, le bureau de pilotage a une vocation politique et stratégique : il a un rôle décisionnel.

Missions :

- Définir et valider la politique et les objectifs qualité, prioriser et orienter la démarche ;
- Définir les moyens nécessaires à leur mise en œuvre ;
- Suivre l'état d'avancement de la démarche qualité, valider les travaux accomplis et s'assurer de l'atteinte des objectifs ;
- Poursuivre la démarche qualité en vue de la certification ;

- Instaurer une stratégie de communication interne afin de faire connaître les objectifs ;
- Analyser les informations recueillies sur l'ensemble de la démarche qualité, en particulier dans le domaine de la maîtrise du risque et de la prévention ;
- Proposer des axes de formation en lien avec les objectifs de la politique qualité ;
- Valider les propositions du service qualité, gestions des risques (GDR) ;
- Valider le plan annuel d'audit, prendre connaissance des résultats et s'assurer de l'efficacité des mesures correctives mises en œuvre.

En fonction des thèmes abordés, le bureau de pilotage pourra s'entourer de l'expertise d'une ou de plusieurs personnes ressources.

Le bureau de pilotage se réunit une fois par mois ; les réunions font l'objet d'un procès verbal et d'un relevé de décisions diffusé chaque mois.

- **Coordination « gestion des risques »**

Cette coordination a été mise en place au dernier trimestre 2005. Elle est composée des membres du BPQ et des experts en matière de vigilances et de sécurité.

Missions :

- Décide et impulse la politique de prévention et gestion des risques, alloue les ressources ;
- Met en œuvre les mesures visant à réduire le risque juridique (politique et programme GDR) ;
- Gère les plaintes, veille au bon fonctionnement de la commission des relations avec les usagers ;
- Définit et formalise les champs de responsabilité des différents professionnels ;
- Définit les règles de présence (quotidienne, astreintes, gardes...) et de délégation ;
- Gère le risque financier par l'évaluation des besoins, la mise en adéquation des moyens ;
- Met en place des tableaux de bord adaptés ;
- Gère le risque lié aux moyens humains : qualification, effectif, compétence, comportement ;
- Prévoit les situations de crise au niveau des ressources humaines : grèves, départs inopinés de personnes clés ;
- Organise des formations à la gestion des risques et à la responsabilité individuelle et collective ;
- Favorise l'identification et la formation d'une équipe interne pour l'assistance psychologique dans le cadre d'agression sur le personnel ou les visiteurs.

La coordination des gestions des risques se réunit trois fois par an. Des réunions extraordinaires peuvent être programmées.

- **Rôle de l'encadrement**

Le cadre doit se positionner dans la structure hiérarchique (organigramme) comme le chef de projet du processus qualité dans son domaine de compétence.

Objectifs

Dans son secteur d'activité, il facilite la mise en œuvre de la démarche d'amélioration permanente de la qualité selon 3 axes :

- Technicité ;
- Information ;
- Communication/relation.

Missions :

- Dans la démarche qualité de l'établissement, il participe, avec son supérieur hiérarchique et l'équipe qu'il coordonne, à la définition d'objectif qualité et à l'élaboration de plans d'actions ;
- Il soutient la mise en œuvre d'actions concrètes et identifiées avec le service qualité, GDR ;
- Mission d'animation et de formation à la démarche qualité.

4.3 Les effets perçus de la démarche qualité française

4.3.1 Les aspects positifs

Comme aspects positifs notés, on peut citer :

- L'impulsion d'une cohésion au travail

La démarche qualité en établissements hospitaliers français a un rôle fédérateur, permettant aux différents personnels de se rassembler autour d'une mission commune : l'amélioration continue de la qualité. Le travail collectif autour de ces procédures de qualité est source de satisfaction, de valorisation et d'identification à la communauté de travail.

De plus, nous avons pu identifier que les procédures d'évaluations invitent chacun à se remettre en question, à ne pas s'enfermer dans ses certitudes en se situant par rapport aux autres professionnels. En effet, l'introduction d'éléments d'obligation en vue d'une plus grande efficacité rend nécessaire la mise en place de règles de fonctionnement dans le travail en commun. Cette démarche permet de stimuler la participation active et l'implication de chacun des membres de l'équipe.

- La production d'un travail standardisé

En outre, la standardisation des tâches résultant des nouveaux modes de gestion et d'organisation de l'hôpital présentent un caractère rassurant pour les travailleurs. Pour

accroître la rapidité et l'efficacité de ses agents, il a eu le développement d'un certains nombres de mesures conduisant à l'émergence d'un travail relativement formalisé, sous la forme de protocoles, de normes de travail, de référentiels. Ce processus de normalisation des tâches contribue à réduire l'angoisse des soignants, notamment des débutants face à l'exécution de certains actes, en même temps qu'elle les aide à produire un travail de qualité qui sera en retour source de satisfaction et de plaisir.

- Mêmes référentiels pour les 3000 hôpitaux français

La démarche qualité dans les hôpitaux français s'appuie sur les référentiels de la HAS, l'auto-évaluation et l'audit externe. Les référentiels de la HAS forment un cadre déterminant les exigences et les objectifs à atteindre.

- **Une bonne gestion documentaire** La démarche qualité utilise et génère de nombreux documents (projet, manuel qualité, procédures, protocoles, documents de traçabilité, d'information, de réglementation et des guides).

Cette bonne gestion documentaire assure : l'accessibilité des documents ; le partage des documents pour tous les acteurs concernés ; offre à l'ensemble des acteurs une visibilité sur les procédures existantes conduisant à une mise en commun évitant de recommencer le travail dans un nouveau secteur.

Apport de la certification

La procédure de certification favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée.

Son but est de permettre à tous les français d'accéder à des soins de qualité ; d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des autres services (accueil, hôtellerie, information) ; contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque patient.

La certification n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques. Elle ne note pas les médecins, les paramédicaux ou les services.

3.3.2 Les limites

Au-delà des aspects positifs perçus, nous avons identifié certaines difficultés vis-à-vis de la démarche qualité.

- La politique d'amélioration continue de la qualité des pratiques hospitalières en France suscite un certain nombre de réticences exprimées par les professionnels. Pour certains, la démarche en vue de la qualité et en particuliers les référentiels, qui recensent les actes sous

la forme d'une succession de tâches (protocoles) entraîne une perte du style propre à chacun dans l'effectuation des tâches.

- La maîtrise du langage technique de la qualité ainsi que la méthodologie nécessaire à la production de documents qualité internes génère une surcharge de travail supplémentaire.

- Il existe des difficultés liées à la diversité de concepts et de terminologie concernant la qualité. En effet, les intentions des programmes qualité sont parfois présentées de manière tellement théorique qu'elles deviennent complexes.

- Une détérioration de la relation soignant-soigné

La montée des exigences réglementaires françaises tenant à l'information du malade et à son consentement éclairé tend à engendrer une dégradation des relations soignants-soignés. Dans ce contexte, le patient et sa famille se font plus exigeants. Le patient ne reçoit plus passivement les soins, il peut les discuter et les négocier, rendant leur exécution plus difficile pour les professionnels.

- Contraintes liées à l'organisation

La mise en œuvre de la démarche qualité pose le problème de disponibilité et de gestion du temps : le personnel d'encadrement est sollicité pour participer à des actions d'amélioration simultanée et doit tenir dans le même temps son rôle de personne ressource auprès des agents ; le personnel soignant doit se rendre disponible tout en assumant la prestation des soins.

Malgré ces aspects négatifs, la démarche qualité s'impose de fait à tout le personnel de santé en France.

Au Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice par exemple, la démarche qualité a pénétré le fonctionnement de l'hôpital et la majorité des actions d'amélioration et des changements se pérennisent.

Les membres du service qualité et du bureau de pilotage qualité sont clairement identifiés et reconnus par l'ensemble du personnel. L'équipe du service qualité a trouvé toute sa légitimité.

Conclusion partielle

En France, personne ne peut s'opposer au courant qualité qui existe actuellement dans le secteur de la santé. Si la mise en œuvre d'une certification obligatoire en est le principal moteur dans les établissements de santé, d'autres facteurs jouent également un rôle important pour expliquer cette dynamique :

- l'évolution des mentalités et la poussée du consumérisme

Les patients deviennent beaucoup plus exigeants et plus soucieux de la qualité des soins que par le passé, plus critique, plus conscient de leurs droits, plus avertis, plus éduqués. Aujourd'hui les médecins et les établissements de santé doivent accepter la concurrence et l'évaluation, ils doivent être à l'écoute des usagers. Conséquence de ces évolutions, le consumérisme a fait son entrée à l'hôpital ;

- L'obligation de maîtrise des dépenses de santé

Une démarche qualité bien menée et efficace permet de diminuer les coûts de non qualité et donc de maîtriser les dépenses de santé ;

- la place croissante de la qualité des soins dans la presse.

En quoi l'expérience de la France peut être utile au Togo ? Dans ce qui suit, nous proposons une adaptation basée sur les nouvelles connaissances de la France. Cette démarche devrait peut être contribuer à pallier les insuffisances du système sanitaire togolais.

CHAPITRE 5 : PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION DE DEMARCHE QUALITE EN HYGIENE HOSPITALIERE AU CHU DE LOME TOKOIN

5.1 Justification de l'adaptation de la démarche qualité française au Togo

A certains moments surgissent des défauts, des lacunes, des erreurs ou des découvertes, des innovations, des modifications de l'environnement qui imposent le changement.

Les arguments suivants nous paraissent propices au développement de la démarche qualité en hygiène hospitalière.

- Actuellement au Togo, il existe une démarche de supervision qui n'est pas une démarche qualité au sens stricte. La supervision est un processus qui vise à s'assurer que le personnel accomplit ses activités de façon satisfaisante et à le rendre plus performant dans la réalisation de son travail. Elle est une assistance et une action de guidage du personnel dans l'accomplissement de sa tâche. Malheureusement la supervision classique ne donne pas toujours au personnel et aux patients la capacité de participer à la résolution des problèmes. Par conséquent, elle ne parvient pas à améliorer la performance ni la qualité des soins. Elle est souvent improvisée, recherche des motifs pour sanctionner, n'a pas un but

d'améliorer, se fait rarement et hâtivement. Elle a un rôle de policier, de contrôleur ou d'inspecteur. En fin, elle est axée sur la performance individuelle et non sur la performance globale du site.

- L'expérience acquise en France : la démarche qualité garantie l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle impulse la mise en place de protocoles, d'outils de traçabilité et de contrôle qui témoignent d'une tentative de rationalisation de l'activité des soins. La démarche qualité en établissements hospitaliers français a un rôle fédérateur, permettant aux différents personnels de se rassembler autour d'une mission commune : l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

- L'engagement des pouvoirs publics togolais à améliorer la qualité des prestations de soins et services.

- Le recentrage de toute l'organisation hospitalière autour du patient.

- La montée des exigences des patients et de leurs familles en matière de qualité des soins et des prestations de services.

- Le rapport sur la Santé dans le Monde 2003 souligne que la tâche principale de la communauté sanitaire mondiale consiste à combler le fossé entre le sud et le nord. L'adaptation de la démarche qualité française au Togo se situe dans l'optique d'une perspective de réduction des inégalités sanitaires qui creusent un fossé entre les populations du sud et du nord.

- Le développement récent de nombreuses normes par l'OMS traduit une exigence de sécurité et de conformité croissante.

- Prise en considération récente de la notion de qualité des services dans les hôpitaux d'Afrique Francophone à travers des conférences animées par des spécialistes français du management de l'organisation hospitalière (médecins en santé publique, qualitatifs). Un exemple : les 7^e Rencontres Hospitalière du RESHAOC de Cotonou en juin 2005 avait pour thème « la démarche qualité à l'hôpital ».

- La mise en place en 2005 d'une démarche qualité au CNTS de Lomé (description, domaine, orientation pour le future de cette démarche : **Annexe 3**), nous incite à être optimiste sur la capacité du Togo à mettre en place une démarche qualité dans les établissements hospitaliers et que peut être cette démarche qualité peut permettre d'atteindre les objectifs du PNDS.

- Certains pays de la sous région comme le Bénin et le Sénégal ont pu mettre en place la démarche qualité en établissements hospitaliers depuis 2003 (description, domaine, bilan, perspective de cette démarche qualité : cas du Sénégal, **Annexe 4**).

Il ressort de tout ce qui précède que le contexte du Togo est propice à une approche qualité en établissements hospitaliers. C'est pourquoi, nous proposons la mise en place d'une démarche qualité. La démarche qualité couvrant un large champ d'activités et de pratiques, il existe plusieurs façon de l'aborder : de manière globale ou en commençant par un domaine précis. Dans le cadre de notre plan d'action, nous nous sommes intéressés à l'hygiène hospitalière.

Au départ nous allons mettre en place cette démarche qualité en hygiène hospitalière au CHU de Lomé Tokoin.

5.2 Plan de mise en place d'une démarche qualité en hygiène hospitalière

5.2.1 Contexte et justification

- Contexte

- L'amélioration de la qualité des soins est l'un des principaux axes stratégiques du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) ;
- le CHU constitue le dernier niveau de référence du système sanitaire ;
- La détermination de la communauté internationale en général et du Togo en particulier à améliorer la qualité et la sécurité des soins comme en témoignent les nombreuses initiatives (création de l'alliance mondiale pour la sécurité des patients par l'OMS en 2004, appui financier et appui conseil des partenaires au développement ; élaboration du PNDS) ;
- Inexistence de programme de prévention et de surveillance des infections nosocomiales ;
- Exigence de plus en plus prononcée par la population en matière de qualité des soins ;
- Altération de la réputation du CHU ;
- L'absence de culture managériale ;
- L'insuffisance de médecins spécialistes en hygiène hospitalière.

- Justification

L'hygiène hospitalière est l'élément fondamental de la politique d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. L'hôpital étant un lieu à haut risque d'infection, l'hygiène doit être au cœur du fonctionnement quotidien des établissements hospitaliers.

Il n'est pas possible de parler de qualité d'un soin qui n'intègre pas la notion du risque infectieux.

Depuis qu'en 1847, Ignaz Philip **Semmelweis** a posé la première pierre de l'hygiène hospitalière, elle est reconnue universellement. L'intérêt du lavage des mains et du

nettoyage/désinfection des surfaces pour la prévention des risques infectieux n'a pas été démenti. Le lavage des mains, quel que soit son type (**Annexes 5 et 6**), constitue le premier moyen de lutte contre l'infection nosocomiale sur le plan historique et sur le plan d'efficacité. C'est la barrière déterminante pour limiter les infections nosocomiales à transmission interpersonnel en milieu hospitalier. Il représente un moyen simple, efficace et économique parmi l'ensemble des mesures de prévention des infections hospitalières.

D'un point de vue de santé publique, cette question d'hygiène hospitalière est d'importance. En effet, on estime globalement que chaque année l'infection hospitalière serait responsable de la mort de plusieurs centaines de personnes. De plus l'incidence et la gravité des infections nosocomiales ont sensiblement augmenté ces dernières années du fait de l'accroissement des procédures invasives diagnostiques ou thérapeutiques, de la gravité des pathologies motivant l'hospitalisation et de l'insuffisance de l'intérêt accordé à l'hygiène hospitalière. Le problème est devenu encore beaucoup plus complexe avec l'émergence dans les hôpitaux de bactéries multi résistantes aux antibiotiques.

Depuis 1983 l'OMS a déclaré les infections nosocomiales comme constituant un problème de santé publique.

Au Togo, il n'y a pas encore d'étude exhaustive sur la question, mais toutes les publications scientifiques réalisées dans certains hôpitaux témoignent de l'ampleur du phénomène. Ces infections hospitalières sont redoutées parce qu'elles affectent la qualité des soins donnés aux patients. Elles le sont d'autant plus qu'elles sont lourdes en conséquences sur le plan humain, matériel, économique, financier et culturel (la prolongation de la durée moyenne de séjour, le surcoût, la surcharge de travail pour le personnel soignant).

L'amélioration de la qualité des soins constitue l'un des principaux objectifs du PNDS.

Enfin le Gouvernement du Togo ayant opté pour une politique de santé donnant une large part à l'hygiène et à la prévention, il est grand temps de mettre en place une démarche de qualité en hygiène hospitalière, basée sur une organisation adaptée et cohérente.

5.2.2 Objectifs

- Objectif général

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Objectifs spécifiques

- Réduire l'incidence des infections nosocomiales par une amélioration de l'hygiène des mains ;

- Améliorer l'hygiène du nettoyage/désinfection des surfaces par l'utilisation de produits adaptés et des procédures spécifiques.

5.2.3 Stratégies de mise en œuvre de la démarche

5.2.3.1 Structure de la démarche

Le bureau de pilotage

Le bureau de pilotage aura une vocation politique et stratégique, il aura un rôle décisionnel.

Ses missions essentielles seront :

- Définir et valider la politique et les objectifs qualité, prioriser et orienter la démarche (Identifier tous les dangers microbiologiques, analyser les risques et définir les points de maîtrises, établir les limites critiques, système de surveillance sur chaque point de contrôle, actions correctives, élaborer une procédure de vérification du système, mettre en place un système d'enregistrement) ;
- Définir les moyens nécessaires à leur mise en œuvre ;
- Proposer une stratégie cohérente et adaptée ;
- Déterminer les objectifs opérationnels (faisabilité, rapport coût/efficacité, acceptabilité) du programme de prévention et de surveillance des infections nosocomiales ;
- Analyser les informations recueillies dans le domaine de la maîtrise des risques infectieux ;
- Proposer des axes de formation en lien avec les objectifs de la politique qualité ;

Ce bureau sera représentatif des structures décisionnelles et consultatives du CHU Tokoin de Lomé (la direction, comité médical d'établissement, comité d'hygiène).

Le bureau devra nécessairement comporter une représentation multiprofessionnelle et multidisciplinaire

5.2.3.2 Renforcement des capacités

- Information, sensibilisation des principaux responsables du CHU (les autorités administratives, et président du CME) ;
- Information, sensibilisation et formation de tous les responsables de service au système management de la qualité de l'hygiène hospitalière ;
- La formation à l'embauche (sensibilisation à l'hygiène hospitalière) ;
- Journées d'hygiène ouverte à tout le personnel.

5.2.3.3 Réalisation d'un audit diagnostic

Cet audit initial permettra de faire l'état des lieux de l'hygiène hospitalière (la pratique du lavage des mains et du nettoyage/désinfection des surfaces).

Cet audit sera fait par le Bureau de pilotage et de l'appui des experts de la Coopération Française pour identifier et décrire l'existant, analyser les points forts du système existant et les points faibles (axes d'amélioration).

5.2.4 Contraintes attendus

- Difficultés relatives à l'acquisition de la nouvelle culture qualité de l'hygiène hospitalière ;
- Réticence du personnel au début de la mise en place du projet ;
- Importants besoins en matière de budgets d'investissements pour répondre à l'évolution et au respect des normes dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

Solution proposée : Montrer que le CHU est porteur de valeur de changement, montrer que les nouvelles façons d'être ou de faire sont possibles, communiquer, rassurer, encourager, valoriser, gratifier l'engagement, négocier en respectant les différences.

5.2.5 Résultats attendus

- Mise en place de nouveaux organes de gestion et d'organisation (comité de lutte contre les infections nosocomiales, équipe opérationnel d'hygiène) ;
- Le respect des techniques de lavage des mains (simple et chirurgical) et du nettoyage/désinfection des surfaces par le personnel ;
- Utilisation de savons liquides à la place du pain de savon (réservoir de germes) ;
- Diminution du taux d'incidence des infections nosocomiales ;
- Harmonisation des procédures et pratiques en matière d'hygiène hospitalière ;
- Amélioration de la satisfaction des patients et du personnel ;
- Contribution de tout le personnel au respect des règles d'hygiène qui permettront d'obtenir et de maintenir un niveau d'hygiène ;
- Appropriation de la culture de l'évaluation interne ;
- Bonne image extérieure du CHU.

5.2.6 Evaluation

Elle fait partie intégrale de la mise en place de la démarche qualité. Elle va permettre de mesurer le niveau de réalisation des objectifs fixés au départ du projet afin de mettre en place, le cas échéant, des actions correctives. Il s'agira d'une évaluation interne tous les six mois et d'une évaluation externe tous les douze mois.

Plan d'action

Action à mettre en œuvre	Quoi, Comment	Qui	Quand	Evaluation	Indicateurs
Mise en place d'une démarche qualité en hygiène hospitalière	<p>-Politique qualité -Types d'action :</p> <p>1 I 1) Identifier et décrire l'existant</p> <p>2 P 2) Proposer une stratégie cohérente et adaptée</p> <p>3 D 3) Déterminer des objectifs opérationnels du projet de prévention et de surveillance des infections nosocomiales</p> <p>4) Programme de formation continue</p> <p>5) Campagne de sensibilisation et d'information</p> <p>6) Contrôle microbiologique</p>	<p>-Direction du CHU</p> <p>-Comité d'hygiène</p> <p>-CME</p> <p>-Médecins hygiénistes</p> <p>-Les surveillants chefs de service</p> <p>-Les référents</p>	2008-2012	<p>Procédure</p> <p>Protocole</p> <p>Organigramme</p> <p>Toutes les Formations</p>	<p>-Nbre de formation</p> <p>-Nbre de formation /référent</p> <p>-Nbre de réunions</p> <p>-Nbre de type formation à la prévention</p> <p>-Type de produit de lavage des mains</p> <p>-Type de produits de nettoyage/désinfection des surfaces</p> <p>-Mode opératoire pour le lavage des mains et l'entretien des locaux</p> <p>-Archivage des contrôles de prélèvements de surfaces (prélèvements</p>

	7) Implication des pouvoirs publics				microbiologiques)
	8) Appui de la Coopération Française				

5.3 Discussion

L'expérience française nous a permis de dégager un modèle d'organisation théorique de la démarche qualité en milieu hospitalier. Le problème qui reste à résoudre est comment adapter cette démarche qualité dans le contexte du Togo.

La faisabilité technique de notre projet de mise en place d'une démarche qualité en hygiène hospitalière au CHU de Lomé Tokoin n'est pas difficile puisque nous avons acquis le savoir faire et le savoir être d'un responsable qualité, nous nous sommes familiariser avec les méthodes et les outils qualité, nous avons discuté avec des personnes ressources dans le domaine de la qualité hospitalière. L'aspect difficile qui reste à surmonter est l'aspect humain : comment s'y prendre pour faire valider auprès des instances du CHU notre projet. Nous allons essayer de convaincre quelques responsables tels que le directeur général, le chef personnel, le surveillant général, le président du CME, les médecins chefs de service. Nous allons leurs proposer une démarche d'acceptation du projet qui va consister à informer, sensibiliser et l'intégration de notre projet dans le projet médical du CHU. La sensibilisation de ces responsables est essentielle, elle vise à expliquer l'importance des enjeux de la démarche qualité.

Le champ d'application de l'hygiène hospitalière étant vaste (mains, tenue vestimentaire, surface, air, matériels, linge, déchets), nous allons dans premier temps focaliser nos efforts sur l'hygiène des mains et des surfaces.

Pour ce qui concerne le rythme de développement de la démarche, nous optons pour une démarche qualité d'hygiène hospitalière touchant d'emblée l'ensemble des services (médicaux, chirurgicaux, médico-techniques). Cependant, nous allons prendre en compte la diversité des services et des locaux (**Annexe 7**), car les activités pratiquées, le type de patient ou l'acte médical effectué influencent les exigences du lavage des mains et du nettoyage/désinfection des locaux.

Cette stratégie comporte les avantages suivants :

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

Malgré les avantages de cette stratégie, nous ne devons pas ignorer les difficultés de celle-ci. En effet cette stratégie impose un effort majeur de formation et un investissement initial important.

Le financement de notre projet est une nécessité, puisque plusieurs dépenses sont prévues (coût de formation et d'équipement). Il est donc nécessaire de développer un plaidoyer pour obtenir de financement. Cette activité de plaidoyer sera menée aussi bien en direction des partenaires (Coopération Française, OMS, l'Unicef, Fond Nordique de Développement, Euro Health Group) que l'état togolais.

Il faut ajouter que le rôle des partenaires va graviter également autour du soutien technique et scientifique du projet.

5.4 Recommandation sur la mise en place d'une démarche qualité dans les hôpitaux du Togo

A l'attention des pouvoirs publics

Rendre obligatoire sur l'ensemble du territoire togolais la mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers (politique nationale d'assurance qualité/politique nationale de certification).

Création d'une direction nationale qualité

Augmenter les subventions des établissements de santé ayant opté pour une démarche qualité.

A l'attention des responsables du niveau régional

Favoriser la mise en place de la démarche qualité dans toutes les structures de santé de la région ;

Faire un suivi permanent de la mise en œuvre d'une politique qualité dans les établissements de santé ;

Accompagner toutes initiatives de la démarche qualité dans les établissements de santé.

A l'attention des Responsable des hôpitaux

S'intéresser à la mise en place d'une démarche qualité formalisée pour une amélioration continue de la qualité des prestations, pour une utilisation efficiente des ressources, pour une meilleure image de marque des hôpitaux.

A l'attention des professionnels de santé

Croire et surtout participer activement au développement de toute culture qualité dans les centres de santé pour donner : confiance aux patients, obtenir une meilleure performance des centres de santé et participer à un mieux être de la population.

A l'attention du CNTS de Lomé

Poursuivre avec foi, courage et détermination le développement de la démarche qualité dans le sous-secteur de la transfusion sanguine au Togo.

Conclusion partielle

Depuis quelques années, l'exigence de qualité du service rendu au malade est de plus en plus au cœur des préoccupations des pouvoirs publics comme des professionnels de santé.

L'exigence de plus en plus prononcée par la population en matière de qualité des soins et des services a également joué dans ce sens.

Ainsi, il est impératif de démarrer la mise en œuvre d'un système de management de la qualité en hygiène, en vue de satisfaire les attentes des utilisateurs de ses services, d'améliorer les performances des établissements de santé.

En effet, étant un lieu à haut risque d'infection, l'hygiène doit être au cœur du fonctionnement quotidien des établissements de santé. La démarche qualité va permettre à chaque professionnel de contribuer à faire comprendre et respecter les règles qui permettront d'obtenir et de maintenir un niveau d'hygiène compatible avec les exigences des soins et des services des établissements de santé.

Dans le contexte actuel d'amélioration de la performance du système de santé, démarche à la fois incontournable et facteur de progrès, l'exigence de qualité, de la maîtrise des risques des soins et des services s'imposent aux professionnels de santé.

Il faut signaler que l'impact international est incontournable dans l'ensemble des sciences de la qualité en santé. La démarche proposée dans ce mémoire s'inspire des modèles

français développée par la HAS, tout en veillant à l'adapter à la culture et aux particularités du système sanitaire togolais.

CONCLUSION GENERALE

La démarche qualité en établissement hospitalier est un domaine riche qui inonde en profondeur non seulement les organisations, mais également les pratiques des professionnels.

Les changements les plus importants portent sur la mise en place de structures spécifiques, l'apparition de nouveaux métiers et l'élaboration de document qualité.

L'implantation de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers garantit l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La démarche qualité impulse la mise en place de protocole, d'outils de traçabilité et de contrôle qui témoignent d'une tentative de rationalisation de l'activité de soin. Elle entraîne également un décloisonnement entre les métiers et entre les structures des phénomènes de valorisation et de responsabilité des personnels.

Dans un hôpital, de l'implication du directeur dépend largement la réussite de la démarche d'amélioration continue de la qualité. En effet, le management par la qualité permet au

directeur d'impulser dans son établissement une dynamique de changement durable où le leitmotiv est l'amélioration continue de la qualité.

Il y a aussi un intérêt à envisager la qualité comme une direction fonctionnelle à part entière. En effet organiser la qualité dans un établissement hospitalier suppose, la création d'une direction qualité ou d'un service qualité selon la taille de celui-ci.

Le domaine de la qualité étant transversal, aussi est il nécessaire que le responsable qualité ait une expérience importante. Aux compétences, s'ajoutent des compétences particulières de communication (écoute, dialogue, persuasion) nécessaire du directeur ou responsable qualité, car la fonction a évolué, passant de très technique à très politique. Le directeur de qualité est désormais davantage un pilote de changement en vue d'améliorer la qualité qu'un technicien de la qualité. Cette direction dont la mission principale est la coordination du système qualité auprès de tous les services doit être rattaché à la direction générale de l'établissement.

L'expérience menée au Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice nous permet de dire que la démarche qualité aura une importance pour les hôpitaux du Togo, puisque tous les pays en voie de développements sont à la recherche de moyens permettant de rendre leurs institutions de soins plus performantes au moins en terme de qualité et de sécurité de prestation. De plus partout à travers le monde, on constate un intérêt considérable qui ne cesse de croître à l'égard de la qualité des soins et des services de santé.

Ayant suivi une formation en santé internationale, avoir fait un stage au service qualité, gestion des risques au CH Sainte Marie de Nice, la qualité et la sécurité des soins étant l'un des axes stratégiques du PNDS du Togo, nous voudrions apporter notre contribution en proposant la mise en place de la démarche qualité en hygiène hospitalière. Nous nous intéressons à l'hygiène hospitalière parce que l'incidence et la gravité des infections hospitalières ont sensiblement augmenté ces dernières années dans le monde du fait de l'accroissement des procédures invasives diagnostiques ou thérapeutiques, de la gravité des pathologies motivant l'hospitalisation et de l'insuffisance de l'intérêt accordé à l'hygiène hospitalière. De plus le problème est devenu encore beaucoup plus complexe avec l'émergence dans les hôpitaux de bactéries multirésistantes aux antibiotiques.

Nous voudrions que cette démarche qualité soit implantée au niveau national. Cependant on ne peut pas tout faire à la fois, c'est pourquoi au départ elle débutera au CHU de Lomé Tokoin.

La démarche qualité est marquée par des principes comme l'attention aux patients, le pluri professionnalisme, une démarche méthodique, participative, une démarche pérenne évolutive. Cette démarche qualité est complexe et dynamique. Pour un bon développement d'une démarche, on doit prendre en compte les dimensions stratégique, technique, structurelle et culturelle.

L'objectif visé par ce projet est de réduire l'incidence des infections hospitalières par une amélioration de l'hygiène.

Pour que l'hygiène hospitalière soit améliorée au CHU Tokoin en particuliers et dans les hôpitaux du Togo en général, elle doit être définie, suivie et évaluée :

- définir la qualité de l'hygiène hospitalière signifie établir des normes et des procédures ;
- suivre, c'est favoriser l'adhésion du personnel aux normes pour satisfaire les besoins des patients ;
- évaluer, c'est déterminer l'écart entre les normes et la pratique existante.

Nous pensons qu'il n'est pas indispensable de disposer de moyens technologiques avancés pour produire des soins de qualité. Avec un minimum de ressources, il est tout à fait possible de produire des soins d'un certain niveau de qualité acceptable.

REFERENCES

Amrani J. Résultats de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales au niveau de 24 hôpitaux. Maroc : MSP, 1994.

ANAES. Le coût de la qualité et de la non qualité des soins en établissement de soins : état des lieux et proposition. Paris : ANAES ; 2004a.

ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 2004b.

ANAES. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2003.

ANAES. Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2002.

ANDEM. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris : ANDEM ; 1996.

Arce HE. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. Int J Qual Health Care 1998; **10** : 469-72.

Bah AA, Daff MS, Diane S, Diouf D, Dogba MA, Savare I. Rapport de synthèse des Rencontres hospitalières de Dakar. Dakar : Banque Mondiale ; 2004.

Balique H. Les hôpitaux publics des pays d'Afrique francophone au sud du sahara et leurs perspectives. Bamako : IRD ; 1999.

Blaise P. Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique. Thèse science de la santé publique. Bruxelles : ESP- Université Libre de Bruxelles ; 2004.

Cruchant L. La qualité, Que sais-je? Paris : PUF ; 1993.

De Geyndt W. Managing the quality of health care in developing countries. Washington DC : World Bank; 1995.

Dominique B. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Les facteurs clés de succès d'une démarche qualité. Actual Doss Santé Publique 2001 ; (35) : 25-6.

Ellis R, Withington D. Quality assurance in health care. London : Edward Exnold; 1993. p.1-8.

Fatzer G. La mesure de la qualité. Paris : Dunod ; 1990.

Fleming ST. The relationship between the cost and quality of hospital care : a review of literature. Med Care Rev 1990 ; **47** (4) : 487-502.

Graham NO. Quality in health care: theory, application and evolution. Gaithersburg, Maryland : Aspen publication; 1995. p. 3-14.

Haddad S, Roberge D, Pieault R. Comprendre la qualité : en comprendre la complexité. Ruptures, revue transdisciplinaires en santé 1997 ; **4** (1) : 59-78.

Harrington HJ. Le coût de la non qualité. Paris : Eyrolles ; 1990.

HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis La plaine : HAS ; 2005.

HAS. Rapport d'activité 2005. Saint-Denis La plaine : HAS ; 2006.

Haxte J, Zumofen M. Notions d'hygiène hospitalière. Bruxelles : UCL ; 2002.

Heidemann E. Moving to global standards for accreditation processes : the expert project in a larger context. Int J Qual Health Care 2000 ; **12** (3) : 227-30.

Huang P, Hsu YH, Kai-Yuan T, Hsueh YS. Can European external peer review techniques be introduced and adopted into Taiwan's hospital accreditation system? Int J Qual Health Care 2000; **12** (3) : 251-54.

ISO. Normes ISO 8402 : Management de la qualité et assurance de la qualité- Vocabulaire. Paris : AFNOR. 1995.

Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés en Afrique de l'Ouest. Paris : Karthala ; 2003.

Jewkes R, Abraham N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflection from South Africa obstetric services. Soc Sci Med 1998 ; **47** : 1781-95.

Lecllet H, Villot C. Qualité en santé : 150 questions pour agir. Paris : Afnor ; 1999.

Leteurtre H, Patrelle I. La qualité hospitalière. France : Berger-Levrault ; 1996.

Martinez F. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Les principes généraux de la qualité. Actual Doss Santé publique 2001 ; (35) : 18-23.

Massoud R, Askov K, Franco LM, Bornstein T, Knebel E, MacAulay C. A modern paradigm for improving health care quality. Bethesda : Quality assurance project; 2001.

Ministère de la santé publique (Togo). Plan National de Développement Sanitaire 2002-2006. Lomé : MSP/DGSP ; 2002.

Ministère de la santé publique (Togo). Rapport revue du Plan National de Développement Sanitaire 2002-2006. Lomé : MSP/DGSP ; 2003.

OMS AFRO. Stratégie OMS de coopération avec le Togo 2004-2007. Brazzaville : OMS-AFRO ; 2004.

OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Genève : OMS ; 2001.

OMS. Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. Genève : OMS ; 2005.

RESHAOC. Compte rendu des 7^e Rencontres Hospitalières de Cotonou : « la démarche qualité à l'hôpital ». Ouagadougou : Publication du Réseau ; 2005.

Richard V, Morel B, Wadackin A. Les déterminants de la qualité des soins dans le centre de santé du Logone occidental (Tchad). Revue d'épidémiologie et de santé publique 2004 ; **52** (3) : 249-59.

Robitaille L. La mise en place de la démarche qualité au centre hospitalier de Valenciennes. Mémoire Directeur d'hôpital. Rennes : ENSP de Rennes ; 2004.

Salami M, Elesesi E. Analyse de la situation sanitaire dans le contexte socioéconomique du Togo. Lomé : MSP/OMS ; 2002.

Van Lerberghe W, Tellier V, Van D. Quality of health care provision in Africa through the Bamako initiative: problems and strategies. New York : UNICEF, 1993.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Quelques méthodes qualité

<p style="text-align: center;">Méthode PAQ Programme d'Assurance Qualité</p>

Objectif :

Amélioration de la qualité basée sur l'étude des processus.

Méthodologie en 5 étapes :

11. Identification du processus :

- 1• Choix du processus en fonction des priorités de l'établissement.
- 2• Constitution d'un groupe de travail représentant les différentes instances.
- 3• Définitions d'objectifs, et d'un indicateur global du projet et identification d'acteurs (QQOQCP) .

12. Description du processus :

- 1• Analyse critique du processus ciblé (QOOQCP)
- 2• Recherche et hiérarchisation des dysfonctionnements.

13. Construction du nouveau processus :

- 1• Hiérarchisation des points à améliorer (5M, diagramme cause effet)
- 2• Recherche de solutions (Brainstorming)
- 3• Choix d'axes d'amélioration à faire valider par la Direction.
- 4• Construction du plan d'actions (QOOQCP).

14. Suivi du processus :

- 1• Mise en place d'indicateurs de suivi et suivi régulier de ces indicateurs.
- 2• Suivi de l'indicateur global.

15. Amélioration du processus

L'audit

Définition

« Examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, si ces dispositions sont mises en oeuvre de façon effective et si elles sont aptes à atteindre les objectifs ».

Objectif :

Déterminer la conformité du système : Il permet de mesurer d'éventuels écarts et de déterminer son efficacité.

Il peut donner à l'audit l'occasion d'améliorer le système, de déterminer les progrès accomplis et le chemin qu'il reste à parcourir.

Il permet de satisfaire à des exigences réglementaires.

Méthodologie :

- 11. Déclenchement de l'audit.

22. Préparation

- 1• Recueil de documents
- 2• Elaboration du guide d'audit : points à vérifier, questions à poser
- 3• Elaboration du plan d'audit : planification, date, heure, lieu, personnes à rencontrer.

33. Réalisation

- 1• Réunion d'ouverture
- 2• Visite sur le terrain
- 3• Réunion de clôture.

44. Rapport

- 1• Envoyé de 8 à 15 jours après la réunion de clôture
- 2• Envoyé au responsable du secteur audité
- 3• Liste les actions à entreprendre
- 4• Assure la trace écrite de ce qui a été fait et reste à faire.

55. Suivi

- 1• Mise en oeuvre d'actions correctives
- 2• Audit ciblé suivant la même méthodologie
- 3• Enregistrement : rapport d'audit.

Méthode de résolution de problèmes

Objectifs :

Méthode basée sur l'approche par les problèmes permettant la transformation des dysfonctionnements en sources de progrès.

Méthodologie en 8 étapes :

11. Lister les problèmes :

- 1• Le groupe exprime les sujets préoccupants (Brainstorming).

2. Choisir un problème :

- 1• Retenir un problème prioritaire (Vote pondéré).

3. Identifier les causes possibles :

- 1• Le groupe propose des causes et se base sur des documents qui traduisent la situation en données chiffrées (Brainstorming, diagramme cause effet).

4. Hiérarchiser les causes :

- 1• Déterminer le poids de chaque cause par ordre décroissant d'importance (diagramme de Pareto).
- 5. Rechercher les solutions possibles :
 - 1• Le groupe propose des solutions (Brainstorming).
- 6. Choix d'une solution : (matrice multi-critères).
- 7. Mettre en oeuvre la solution :
 - 1• La définir : ce qu'il faut faire (QOOQCP)
 - 2• Diffuser l'information auprès des autres professionnels.
- 8. Mesurer les résultats :
 - 1• Suivi de l'application des procédures
 - 2• Suivi des résultats.

Le cycle PDCA

Objectif :

Le cycle PDCA est une méthode qui permet d'exécuter un travail de manière efficace et rationnelle. Il peut être utilisé à un niveau très global comme la conception du projet d'établissement ou de façon très ciblée comme la conduite d'une action d'amélioration.

Méthodologie en 4 étapes :

PLAN : établir un plan, prévoir

Choisir le sujet

Fixer des objectifs mesurables et choisir les méthodes pour les atteindre.

DO : exécuter le plan, faire

Informers les personnels et les former si nécessaire

Mettre en oeuvre la méthode retenue.

CHECK : vérifier les résultats

Evaluer les résultats obtenus

- en vérifiant que le travail a été exécuté selon les méthodes définies à l'étape 1

- en vérifiant si les processus mis en oeuvre sont conformes aux résultats attendus
- en vérifiant que les caractéristiques de qualité concordent avec les valeurs cibles attendues.

ACT : engager une action corrective ou pérenniser les résultats obtenus. Si le travail n'est pas conforme aux règles, prendre les mesures correctives. En cas d'anomalies, chercher la cause et prendre des mesures pour en éviter la réapparition.

Améliorer les systèmes et les méthodes de travail.

Un nouveau cycle PDCA fera suite au précédent pour poursuivre l'amélioration du processus ou pour s'intéresser à un autre processus.

L'analyse mortalité-morbidité

Objectif :

Analyser des dossiers de patients décédés ou présentant des complications morbides afin de prévenir la survenue d'un événement similaire.

Méthodologie :

1. Responsabilité et organisation :

Confier l'organisation et l'animation à un médecin du service.

2. Sélection des cas :

Tout décès devrait faire l'objet d'une analyse. Chaque service choisit les cas de complication morbide qu'il souhaite analyser.

Chaque cas est enregistré sur une fiche de repérage et de suivi.

3. Préparation de la réunion :

Le responsable de la réunion établit la liste des patients à étudier à partir des fiches renseignées, issues des certificats de mortalité, et répartit la présentation des dossiers.

4. Déroulement de la réunion

Il est préférable qu'un secrétaire de séance soit désigné pour compléter la fiche de chaque cas présenté.

La discussion permet de déterminer si l'événement était évitable.

S'il apparaît comme évitable, un professionnel est désigné en séance pour rechercher les causes et proposer des solutions correctives.

5. Archivage :

Conserver toutes les fiches de signalement avec le type de complication, son caractère évitable ou pas et les actions engagées.

6. Evaluation de l'efficacité des réunions de mortalité-morbidité.

Un suivi du nombre et du type de complications est à faire afin d'évaluer l'impact des actions.

Méthode HACCP (Hazard analysis critical control point)

Objectif :

Evaluer les dangers potentiels d'un processus et assurer la sécurité des aliments vis-à-vis du consommateur, axer sur la prévention plutôt que sur des contrôles du produit fini.

Méthodologie en 12 étapes :

1. Constituer l'équipe HACCP

Equipe pluridisciplinaire possédant les connaissances spécifiques du produit Si nécessaire, possibilité d'intégrer des experts.

2. Décrire le produit

Description complète de sa composition et de sa méthode de distribution.

3. Identifier son utilisation attendue

Des dangers peuvent être engendrés par les conditions d'utilisation (restauration collective...).

4. Elaborer un diagramme de fabrication

Réalisé par le groupe, il couvre toutes les étapes de l'opération.

5. Vérifier sur place le diagramme établi
Confirmer les opérations de production en les comparant, pendant les heures de fonctionnement, au diagramme de fabrication et le modifier.
6. Dresser la liste des dangers associés.
Lister tout danger biologique, chimique ou physique envisagé à chaque étape. Analyser les risques au regard de la salubrité du produit.
7. Identifier les points critiques de maîtrise
Pour chaque danger, déterminer où et à quel moment une action de maîtrise sera possible et nécessaire.
8. Etablir les niveaux cibles pour chaque point critique de maîtrise
Etablir des seuils d'acceptabilité pour chacun des paramètres mesurés.
9. Etablir un système de surveillance
Pour vérifier l'efficacité des mesures préventives.
10. Etablir des actions correctives
Lors de dépassement de valeurs cibles.
11. Préparer la vérification du système
Etablir des modalités de vérification : audit interne.
12. Etablir un système de traçabilité : enregistrement et documentation sont recueillis dans un manuel.

ANNEXE 2 : Quelques outils qualité

Brainstorming ou « remue-méninges »

Objectif :

Séance de travail permettant de produire, en groupe, un maximum d'idées, dans un minimum de temps sur un thème donné. Cette technique est utilisée dans la plupart des étapes de la résolution de problèmes pour :

- identifier le problème ;
- rechercher ses causes ;
- proposer des solutions à ce problème.

Le BRAINSTORMING doit être organisé par un animateur qui doit :

Annoncer le but recherché, disposer d'un support pour noter les suggestions qui resteront visibles au groupe de réflexion, animer le groupe en favorisant la production d'idées.

Limiter le groupe à 10 personnes.

Ne pas évincer une idée par un a priori.

Déroulement

Ecrire, afficher et expliquer le thème à développer. Le problème est posé sous forme d'une question.

11. La production d'idées : Ecrire les différentes idées exprimées par le groupe sur le sujet, les numéroter, en souligner les mots clés.

22. L'exploitation des idées produites : Regrouper les idées de même nature, les classer par thème, reformuler les idées peu claires et rejeter les idées hors sujet.

S'ensuit l'utilisation d'autres outils qualité pour résoudre le problème.

Q Q O Q C P
Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi

Objectif :

Cerner le plus complètement possible : un problème, une cause, une solution, une situation.

Déroulement

Se demander :

De QUOI s'agit-il, de quelle action, phase, opération ... ?

QUI est concerné, quels en sont les acteurs, quel en est le responsable ? avec quelle qualification, niveau de formation ?

OU se déroule l'action ? notion de lieu (x), distances, étapes,...

QUAND se déroule t-elle ? à quel moment ? planning, durée, fréquence...

COMMENT est-elle réalisée ? matériel, équipement, moyens nécessaires, manière, modalité, procédure,...

POURQUOI réaliser telle action, respecter telle procédure... ?

Diagramme cause-effet ou diagramme d'Ishikawa

Objectif :

Travail de groupe consistant à classer par familles et sous-familles, de façon claire, toutes les causes identifiées d'un effet observé. Le diagramme se présente sous forme d'arborescence en arête de poisson.

Déroulement

Suite à un brainstorming où les causes sont mises en évidence :

1 Définir les familles de causes autour des **5M** :

Main d'oeuvre : Qualification, absentéisme, formation, motivation

Matériel : Machines, outillage, capacité...

Matière : Matière première, documents, données informatiques...

Méthode : Règles de travail, procédures, protocoles, façons de faire...

Milieu : Infrastructure, espace, bruits, éclairage, température...

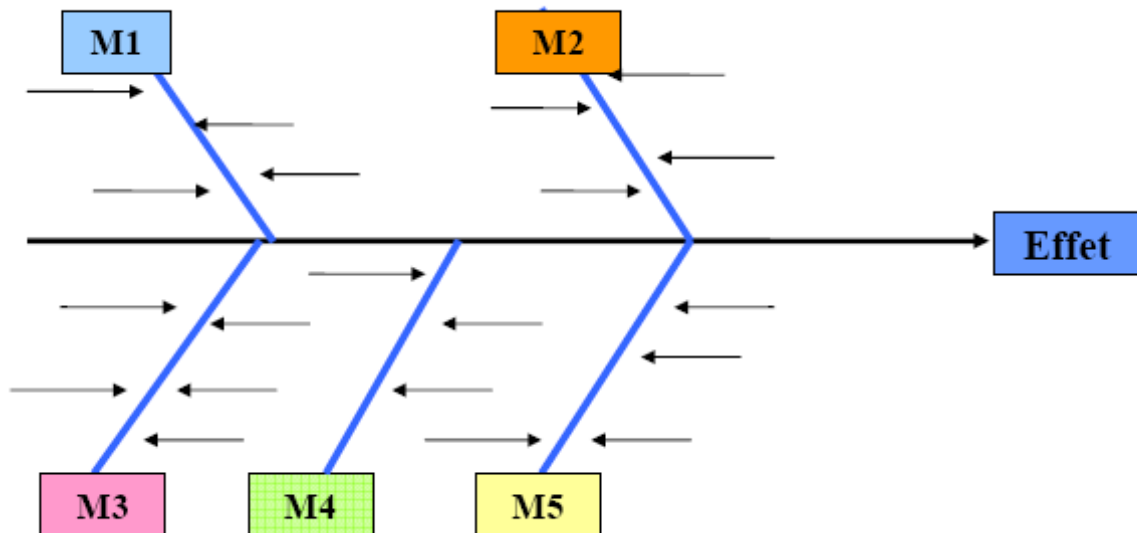
2 Affecter chacune des causes du problème à l'une des familles :

Si les causes sont nombreuses à l'intérieur d'une famille, définir des sous-familles ou sous-

causes : ex : dans la famille Formation (formation initiale, formation professionnelle...)

3 On peut rechercher des causes plus fines ; il s'agit alors de « descendre » dans le détail de chacune des causes principales.

4 Structure d'un diagramme de cause et effet



Exemple de diagramme de cause-effet ou diagramme d'Ishikawa

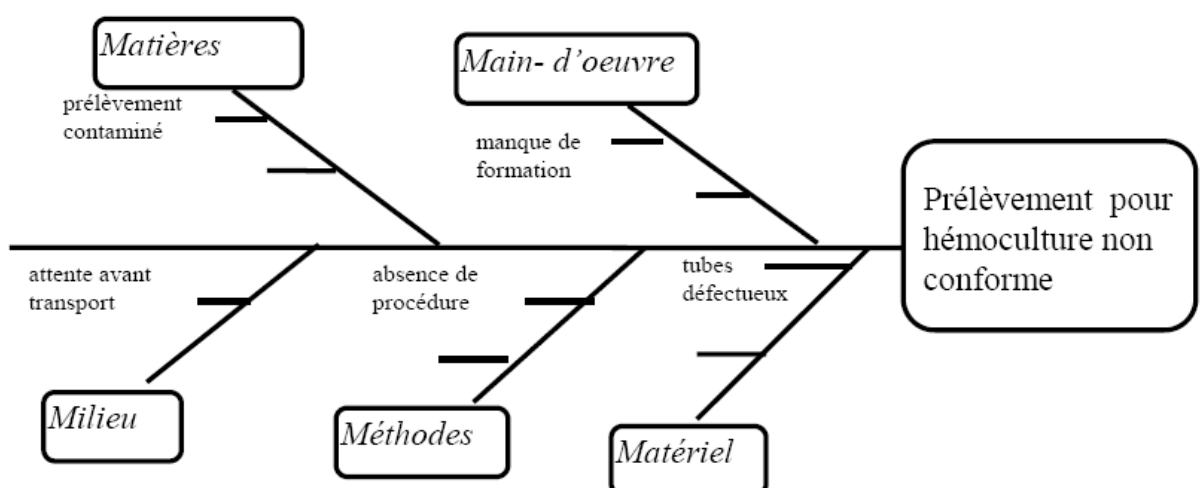


Diagramme de Pareto

Objectif :

Il permet de visualiser de façon simple un ensemble de données qualitatives concernant un même sujet de préoccupation. C'est un graphique à bâtons classant les causes d'un problème par ordre décroissant, afin de mettre en évidence les causes principales du problème sur lesquelles va, en priorité, porter l'effort.

Il s'appuie sur la loi des 20/80 : 20% des causes d'un problème génèrent 80% des effets.

Déroulement

Diagramme de Pareto

1 Etablir la liste des problèmes (ou causes, ou options...)

Exemple : les différents types de défauts.

2 Valoriser, quantifier l'importance de chacun d'eux.

Exemple : nombre de défauts trouvés dans chacun des types et les classer par valeur décroissante.

3 Les représenter par un diagramme en bâtons.

Courbe ABC

4 Calculer la somme cumulée des effectifs décroissants pour chaque type.

5 Classer les % obtenus des effectifs cumulés.

6 Tracer la courbe ABC de ces % cumulés, pour identifier les éléments qui constituent 80.

Le logigramme

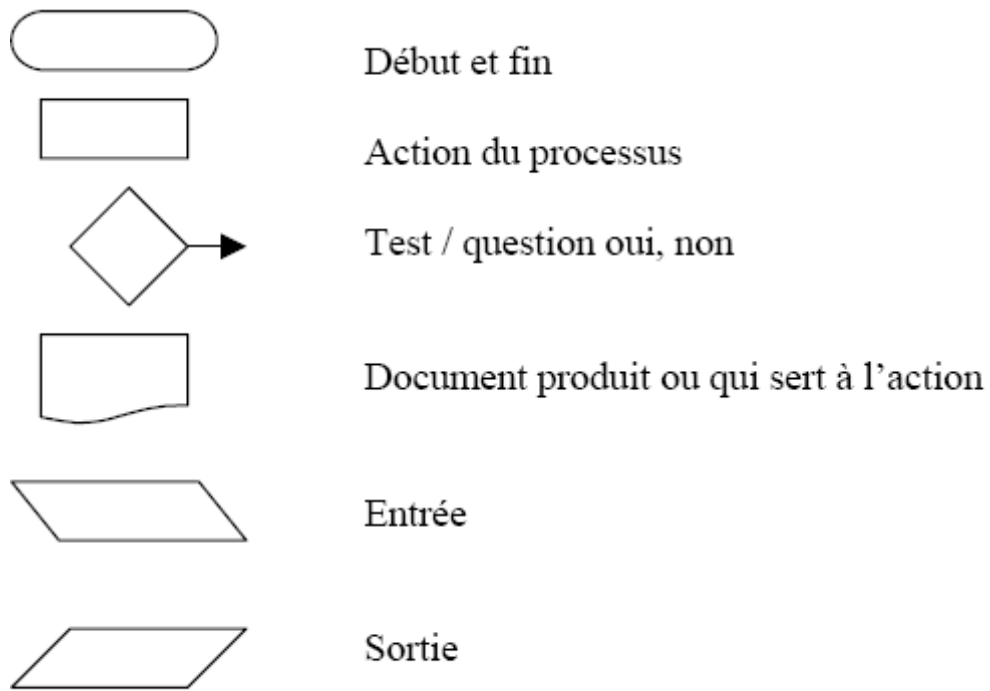
Objectif :

Permettre de visualiser les étapes clés d'un processus pour accomplir une activité.

Il peut être utilisé pour rédiger une procédure.

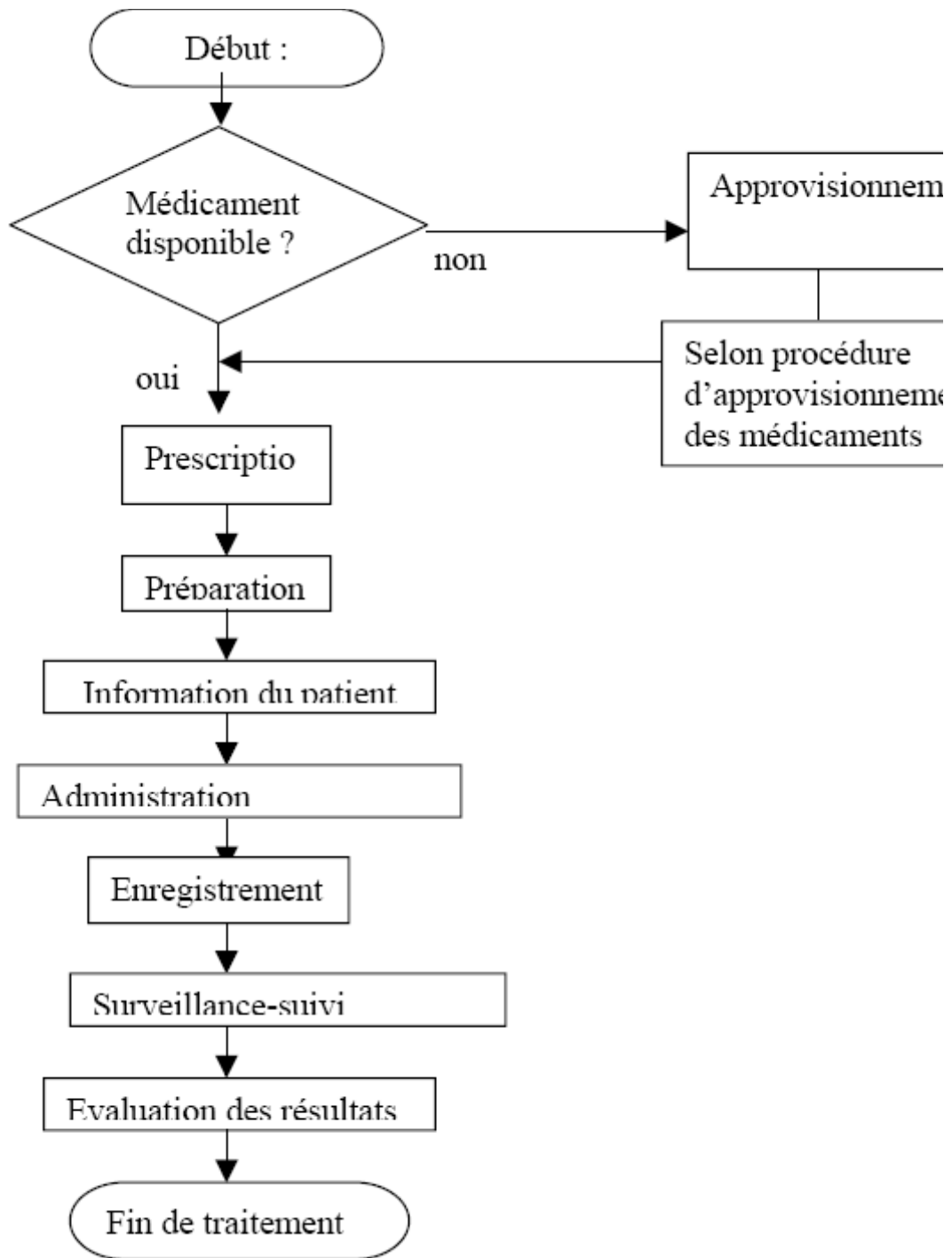
Déroulement

Chaque étape est représentée par un symbole :



- 1 Définir le début et la fin du processus
- 2 Définir une trame générale du logigramme pour une vision globale
- 3 Se demander lors de chaque action quelles sont les options possibles

Exemple de logigramme : Administration de substance médicamenteuse par voie générale



ANNEXE 3 : La démarche qualité au CNTS de Lomé- Togo

Pays	Description	Domaine	Bilan	Orientation pour le futur
------	-------------	---------	-------	---------------------------

Togo	<ul style="list-style-type: none"> -Mise aux normes des locaux et renouvellement des équipements -Révision de l'organisation du CNTS 	<p>Sécurité transfusionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Concerne tous les aspects (personnels, organisation, équipements, locaux) du processus de don et de qualification du sang - Evaluation de l'adéquation des locaux et du fonctionnement du CNTS de Lomé aux normes en transfusion 	-	<p>Mise en place du Service assurance Qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pourvoir le poste de Responsable qualité -Créer l'ensemble des procédures organisationnelles et techniques -Aboutir à un Manuel qualité -Mettre en place un système d'audit interne -Extension du logiciel du CNTS à l'ensemble des établissements de transfusion du pays -Système transfusionnel togolais : deux pôles de qualité (Lomé et Sokodé)
------	--	--	---	---

ANNEXE 4 : La démarche qualité dans les établissements de santé publics du Sénégal

Pays	Description	Domaine	Bilan	Orientation pour le futur
Sénégal	-Sensibilisation	4 chantiers	Quelques résultats :	-Nécessité

<p>des directeurs et président de CME des 17 hôpitaux sénégalais</p> <p>-Initiation des directeurs à la démarche qualité</p> <p>-mise en place d'un comité d'experts qualité</p> <p>-désignation et formation d'un référent qualité dans chaque Hôpital</p> <p>-constitution d'un comité de pilotage dans chaque hôpital</p> <p>- concours qualité organisé entre les hôpitaux, au travers des 4 chantiers et récompensés par la remise d'oscar aux trois meilleurs hôpitaux</p>	<p>consacrés à des thématiques jugés prioritaires :</p> <p>-Accueil et maîtrise des flux</p> <p>-Hygiène hospitalière</p> <p>-Dossier patient</p> <p>-Permanence des soins</p>	<p>Formation des vigiles, hôtesse en accueil, information du public, évaluation du temps d'attente des patients et mesures correctrices, 75% des patients accueillis et orientés, 94% des patients considèrent qu'ils ont été bien accueillis, revitalisation des comités d'hygiène, classification des locaux, mise en place de dispositif pour les tri des déchets</p> <p>Contraintes</p> <p>-faible implication de la direction en générale</p> <p>-qualité pas considérée comme une priorité</p> <p>-difficulté à faire face aux exigences de moyens</p> <p>- absence de formalisation</p> <p>-manque d'adhésion à la démarche de la majorité du personnel</p>	<p>d'adopter une démarche qualité progressive</p> <p>-Insister sur la formation et la sensibilisation de l'ensemble du personnel</p> <p>-Nécessité pour la direction d'opter pour un management par la qualité</p> <p>-Nécessité pour l'hôpital de placer la satisfaction du patient au cœur de ses préoccupations</p> <p>-Nécessité d'introduire une culture de la qualité au sein des hôpitaux</p>
--	--	---	--

ANNEXE 5 : Procédures de lavage des mains recommandées par niveau de risque* infectieux

Niveau de risque infectieux	Procédures	Indications
Bas	Lavage simple des mains ou Traitement hygiénique des mains par frictions	Mains visiblement sales et ou souillées par des contaminations non microbiennes (lavage impératif) Retrait des gants Prise de service / fin de service Gestes de la vie courante, activités hôtelières Soins de contact avec la peau saine
Intermédiaire	Traitement hygiénique des mains par frictions ou Lavage hygiénique des mains	Après tout contact avec un patient en isolement septique Avant réalisation d'un geste invasif (cathéter périphérique, sonde urinaire et autres dispositifs analogues) Après tout contact accidentel avec du sang ou des liquides biologique (lavage impératif) Après contact avec un patient infecté ou avec son environnement Entre deux patients après tout geste potentiellement contaminant Avant tout contact avec un patient en isolement protecteur Avant réalisation d'une ponction lombaire, d'ascite, articulaire ou autres situations analogues Avant manipulation des dispositifs intra vasculaires, drains pleuraux, chambre implantable, et autres situations analogues En cas de succession de gestes contaminants pour le même patient
Haut	Désinfection chirurgicale des mains par frictions ou Lavage chirurgical des mains	Avant tout acte chirurgical, d'obstétrique et de radiologie interventionnelle Avant tout geste pour lequel une asepsie de type chirurgicale est requise : pose de cathéter central, rachidien, chambre implantable, ponction amniotique, drain pleural, et autres situations analogues

** lors de la rédaction des procédures spécifiques de l'établissement, les niveaux de risque doivent être définis en accord avec l'équipe médicale de chaque unité en fonction du type de malades, des situations spécifiques et de l'environnement des patients. Les indications du tableau ci dessus sont données à titre d'exemples, ainsi certaines indications préconisées dans un niveau peuvent très bien se situer dans un niveau plus élevé. De nombreuses équipes de néonatalogie considèrent par exemple, que la ponction lombaire chez un prématuré requiert un niveau d'asepsie chirurgical.*

ANNEXE 6 : Matériel, produits et technique de lavage des mains

Procédure	Produits / matériel	Technique
Lavage simple des mains	- Savon non désinfectant - Eau du réseau - Essuie-mains à usage unique non stériles	- Mouiller les mains - Savonner \geq 15 secondes - Rincer (1) - Sécher
Lavage hygiénique des mains	- Savon désinfectant (2) - Eau du réseau - Essuie-mains à usage unique non stériles	- Mouiller les mains - Savonner les mains 30 à 60 secondes selon les indications du fabricant - Rincer (1) - Sécher
Désinfection chirurgicale des mains par lavage	- Savon désinfectant - Eau bactériologiquement maîtrisée (3) - Brosses à ongles stériles - Essuie-mains stériles	- Mouiller les mains et avant-bras - Savonner les mains et avant-bras, 1 minute pour chaque côté - Brosser les ongles 1 minute (30 secondes /main) - Rincer les mains et poignets - Savonner les mains et les poignets 1 minute - Rincer les mains et les avant bras - Sécher - Durée maximale de la procédure 5 minutes
Traitement hygiénique des mains par frictions	- Produit désinfectant pour frictions	- Frictionner jusqu'à séchage complet des mains - Temps 30 secondes ou 60 secondes en fonction des indications du fabricant
Désinfection chirurgicale des mains par frictions	Variante 1 (1) - Savon non désinfectant - Brosses à ongles - Eau du réseau - Essuie-mains à usage unique - Produit désinfectant pour frictions	- Laver les mains et avant-bras (lavage simple) - Brosser les ongles 1minute (30 secondes /main) - Rincer (1) - Sécher soigneusement (4) - 1 ^{re} friction des mains aux coudes inclus, jusqu'à séchage complet, Temps \geq 1minute - 2 ^e friction des mains aux avant-bras (coudes exclus), jusqu'à séchage complet, temps \geq 1minute
	Variante 2 (5) - Produit désinfectant pour frictions	- 1 ^{re} friction des mains aux coudes inclus jusqu'à séchage complet, temps \geq 1minute - 2 ^e friction des mains aux avant-bras (coudes exclus), jusqu'à séchage complet, temps \geq 1minute

1- Le rinçage doit être toujours abondant, ce qui est gage d'une bonne tolérance des produits.

2- A condition que le produit utilisé ait fait l'objet d'une validation pour cet usage.

3- Voir Guide pour la surveillance microbiologique de l'environnement dans les Établissements de Santé. Ministère de la Santé, 2002.

4- Impératif pour prévenir les réactions exothermiques.

5- Interventions de courte durée; cf. recommandations des sociétés d'hygiène hospitalière française et allemandes sur la désinfection chirurgicale des mains (SFHH, DGHM, DGHK, cf. référence Labadie 2002).

ANNEXE 7 : Classification des locaux selon le risque infectieux

Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
--------	--------	--------	--------

Risques minimales	Risques moyens	Risques sévères	Très hauts risques
Halls	Maternité	Soins intensifs	Néonatalogie
Bureaux	Soins de suite et de réadaptation	Réanimation	Salle d'intervention
Services Administratifs	Soins de longue durée	Urgences	Service de greffe
Services économiques	Salle de rééducation fonctionnelle	Salle de surveillance post interventionnelle	Service de brûlés
Services techniques	Psychiatrie	Salles d'accouchement	Imagerie médicale interventionnelle
Maison de retraite	Consultation externe	Pédiatrie	
	Crèche	Chirurgie	
	Stérilisation centrale	Médecine	
	Pharmacie	Hémodialyse	
	Blanchisserie	Radiologie	
	Escaliers	Laboratoire	
	Salle d'attente	Exploration fonctionnelle	
	Circulation	Salle d'autopsie	
Nettoyage quotidien	Nettoyage/désinfection quotidien	Nettoyage/désinfection Quotidien voire pluriquotidien	Nettoyage/désinfection pluriquotidien