Volume 22 Issue 24
Originally issued as K4



Global Journal of Medical Research: K
Interdisciplinary
Volume 22 Issue 4 Version 1.0 Year 2022
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

Hospital Quality Management: Steps to Implement Quality in Health Care Facilities

By Sahar Moukhafi
Tofail University

Abstract- In the healthsector, systems are oftenunder pressure, as they must control heavyexpenses, adapt to the imperatives of theirconstrainingcontexts and satisfy the evolvingneeds of patients throughquality services and care. As a result, managing the quality of hospital care has become a major economic, sociological and political issue,

The aim of this article is to identify the main steps in the implementation of quality of care practices in a health care institution.

Keywords: *hospital quality management, quality of care, health care institutions.*

GJMR-K Classification: *DDC Code: 362.10947 LCC Code: RA395.E852*



Strictly as per the compliance and regulations of:



© 2022. Sahar Moukhafi. This research/review article is distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). You must give appropriate credit to authors and reference this article if parts of the article are reproduced in any manner. Applicable licensing terms are at https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Hospital Quality Management: Steps to Implement Quality in Health Care Facilities

Management De La Qualité Hospitalière: Étapes D'application De La Qualité En Établissements De Santé

Sahar Moukhafi

Abstract- In the healthsector, systems are oftenunder pressure, as they must control heavyexpenses, adapt to the imperatives of theirconstrainingcontexts and satisfy the evolvingneeds of patients throughquality services and care. As a result, managing the quality of hospital care has become a major economic, sociological and political issue,

The aim of this article is to identify the main steps in the implementation of quality of care practices in a health care institution.

Keywords: hospital quality management, quality of care, health care institutions.

Résumé- Dans le secteur de la santé, les systèmes sont souvent sous pression, car ils doivent maîtriser les lourdes dépenses, s'adapter aux impératifs de leurs contextes contraignants et satisfaire les besoins évolutifs des patients à travers des services et des soins de qualité. De ce fait, la gestion de la qualité des soins hospitaliers est devenue un enjeu majeur sur le plan économique, sociologique et politique,

L'objectif de cet article est d'identifier les étapes principales d'application des pratiques de la qualité des soins dans un établissement de santé.

Motsclé: management de la qualité hospitalière, qualité des soins, établissements de santé.

Introduction

Le monde hospitalier se caractérise d'une grande complexité, en effet l'hôpital, qui a pour mission principale la production de soin, est un terrain d'interaction entre les savoirs médicaux, soignants et la gestion administrative, le management de la qualité hospitalière se propose comme l'ultime moyen d'assurer la réussite de cette mission en assurant l'amélioration continue de la qualité des soins.

En effet le management de la qualité hospitalièreest le résultat d'un ensemble de pratiques, méthodes et concepts développés à partir de données collectées au sein de l'établissement de santé, et définis par les écrits de plusieurs auteurs.

L'instauration des principes du management hospitalier au sein de la structure de soin reste un défit à relever par tut les acteurs de soins.

Une question principale se pose:

- Quelles sont les étapes clé de l'application d'un système de management hospitalier?

Plusieurs questions en découlent:

- Quelles sont les dimensions de la qualité des soins?
- Quelles sont les méthodes et les outils essentiels pour l'application deces étapes?
- Quel est le rôle que joue l'audit clinique dans cette démarche?
- Quelle place occupe l'accréditation dans ce système?

I. Qualité et Satisfaction Des Besoins

a) *Le concept de conformité*

La conformité du service rendu se définit par la réponse adéquate aux besoins et préférences du client (celui qui reçoit la prestation) d'une part, et au niveau de qualité de la prestation d'autre part, qui doit être supérieur à ce qui appelé non qualité, il s'agit, donc, de deux notions qui engendrent la non qualité:

Author: Doctor in Economics and Management at the ENCG of Kenitra, Ibn Tofail University. e-mail: saharmoukhafi@gmail.com

© 2022 Global Journals



Par conséquent, il est important de définir et connaître les besoins du client pour assurer la conformité, et donc la qualité.L'identification des besoins s'effectue à partir d'un accord mutuel entre fournisseur et client, en ce qui concerne l'expression et l'acceptation de leurs besoins.

En effet, pour une définition correcte du besoin, il faut savoir qu'il existe trois niveaux de satisfaction:

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

b) Le concept deprévention

A partir des trois niveaux de satisfaction cités au paravent, l'entité a la possibilité d'apporter trois types de réponses lorsqu'il y'a insatisfaction:

- La réparation: des moyens curatifs sont mis en œuvre pour traiter les défauts constatés. Le processus n'est pas remis en cause pour éviter de reproduire le dysfonctionnement.
- Le contrôle: l'objectif est d'éviter que le client constate le défaut.
- La prévention: des moyens préventifs sont mis en place pour que le défaut ne puisse plus se reproduire. L'effort consenti à la prévention pourra réduire très significativement la réparation. Dans ce cas, il s'agira de tendre à donner une réponse conforme dès le premier coup et toutes les fois suivantes.

II. Les Différentes Typologies de Laqualité

Il existe quatre types de qualité dans la relation client-fournisseur qui diffèrent selon la perception de chaque acteur de soins

- La qualité voulue: c'est celle qui est exprimée sous forme de critères explicites qui permettent, par la suite, de mesurer la conformité. La qualité voulue est généralement définie par les professionnels et le législateur sur la base de références légales ou réglementaires et de consensus professionnel.
- La qualité attendue est celle que le patient construit à partir de son vécu, son expérience antérieure, l'environnement du système de soins dans lequel il se trouve.
- La qualité vécue: elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée. C'est celle qu'expérimente le patient.
- La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le patient.

L'écoute des clients a pour objectif de réduire les écarts mesurés entre les différents types de qualité.

a) Les dimensions de la qualité des soins

Selon S.M. SHORTELL[1] (SHORTELL S.M., 1998), il existe quatre dimensions fondamentales au développement de la démarche qualité:

- La dimension stratégique

Elle a comme but d'apporter une vision prospective de la démarche qualité au sein de l'établissement de santé par le choix des processus clefs et des objectifs que l'on veut atteindre. Cette dimension aide à mobiliser les acteurs de soin autour d'objectifs qualité précis et légitimer la démarche qualité dans le fonctionnement quotidien de la structure.

- La dimension technique

Cette dimension regroupe trois éléments principaux liés au savoir-faire des acteurs:

- La gestion de projet: c'est l'ensemble des composantes du management de la qualité mis en œuvre dans la structure pour atteindre les objectifs fixés
- L'organisation du système qualité: elle regroupe la formalisation de la démarche globale
- La maîtrise des outils et méthodes: ils servent à mettre en œuvre les différents projets qualité et sont adoptés en fonction des processus analysés. Il est souhaitable que ces outils et méthodes soient

[1] Shortell S.M., Bennet C.L., Byck G.R:"Accessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice". MILBANK Q., 1998. 76 – pp. 593-624.

© 2022 Global Journals

harmonisés afin de limiter les coûts d'implantation et de formation des personnels.

- La dimension structurelle

Cette dimension s'intéresse à la mise en place des structures d'organisation qui sont importants pour la démarche.

La coordination efficace est nécessaire pour apporter les actions d'amélioration liées à la démarche, elle représente une base fondamentale pour sa réussite. C'est la structure de coordination qui se charge d'assurer cet aspect et de donner du sens et de la cohérence au projet qualité. C'est le rôle que joue le comité de pilotage ou la cellule qualité.

- La dimension culturelle

Cette dimension rassemble toutes les représentations, croyances, valeurs ou comportements des acteurs qui aide à la mise en place de la démarche qualité et le développement d'uneculture de la qualité dans l'établissement.

Shortell précise les conséquences de la prise en compte insuffisante de chacune des dimensions:

Tableau 04: Dimensions de la qualité des soins

STRATEGIQUE	CULTURELLE	TECHNIQUE	STRUCTURELLE	RESULTATS
0	1	1	1	Pas de résultat significatif sur les sujets essentiels
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation
1	1	0	1	Frustration des acteurs. Faux départs.
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension des apprentissages
1	1	1	1	Pérennisation de la démarche au sein de l'organisation

b) Le concept du niveau dequalité

Le qualiticien américain P. Crosby (CROSBY, 1996)affirme que les politiques qualité mises en place sur le terrain sont hétérogènes et se caractérisent par des niveaux de maturité très différents[2]. Il existe cinq étapes chronologiques dans le management de la qualité allant du plus simple au plus élaboré sont énoncées par Crosby: l'incertitude, l'éveil, la prise de conscience, la sagesse, la certitude. Chacun de cette étape réfère à un niveau de qualité déterminé .il faut savoir que la plut part des établissements de santé mettant en place une démarche qualité se placent entre le premier et le deuxième niveau.

Niveau 1= l'incertitude: l'établissement dispose d'un personnel compétent. Ce niveau de qualité se réfère à disposer d'un personnel qualifié, placé au bon endroit susceptible d'intervenir au bon moment.

Niveau 2 = l'éveil: l'établissement entreprend des contrôles a posteriori. A ce niveau, l'effort est surtout concentré sur la réparation du dysfonctionnement ; la durée des suivis est souvent peu prolongée. L'objectif n'est pas de maîtriser a priori les facteurs pouvant engendrer des dysfonctionnements. Il n'y a pas d'organisation généralisée.

Niveau 3 = la prise de conscience: l'établissement a structuré la gestion de la qualité par projets. C'est le mode de gestion le plus utilisé. L'établissement se préoccupe de traiter les dysfonctionnements principaux, à prendre en charge certains processus clés et à répondre aux exigences réglementaires conjoncturelles. Il n'y a pas d'approche systémique de la qualité.

Niveau 4 = la sagesse: l'établissement maîtrise ses principaux processus. Le terme de maîtrise se traduit comme la définition des points d'organisation nécessaires (qualification, moyens, temps alloué, procédures…) et formalisés, destinés à minimiser les risques de dysfonctionnement.

Niveau 5 = la certitude: l'établissement applique une gestion globale de la qualité, la qualité est pilotée et couvre l'ensemble des activités de l'établissement.

III. Les Niveaux D'exigence et Leurs Spécificitésd' Obligations

Il faut savoir que chaque niveau de qualité correspond à un niveau d'exigences précis, et en fonction de ses deux éléments, l'établissement choisit le système qualité approprié.

- Exigence de moyens: l'établissement doit acquérir les moyens appropriés. C'est le niveau minimal qui permet à l'entité de s'engager pour garantir des standards plus ou moins élevés en fonction de sa nature de l'activité.

[2] P. Crosby :« La qualité, c'est gratuit », Paris : Economica, 1996.

© 2022 Global Journals

Mettre en œuvre uneorganisation	Exigence de moyenset d'organisation des moyens
Identifierdesbesoins	Exigence de moyenset d'organisation des moyens
Coordonner desservices	Exigenced'amélioration
Améliorer defaçoncontinue	Exigenced'amélioration
Maîtriser lerisqueinfectieux	Exigence demaîtrise

- Exigence d'efficacité des moyens: l'établissement doit s'assurer que les moyens nécessaires soient disponibles au bon moment, au bon endroit et en quantité suffisante. La mauvaise organisation représente une des causes principales de dysfonctionnement.
- Exigence d'amélioration: l'établissement doit analyser les processus afin de les améliorer d'une manière continue. Cette exigence se préoccupe du côté préventif et correctif. L'amélioration continue se base sur les efforts fournis par les groupes de travail.
- Exigence de maîtrise: l'établissement doit s'occuper de la configuration des processus afin d'assurer de façon systématique un résultat conforme et que les résultats non conformes soient supprimés, si possible avant d'être produits.
- Exigence de preuve: l'établissement doit fournir des preuves qui montrent que l'on fait, ce que l'on dit, à l'aide des enregistrements.

C'est selon l'activité et la stratégie de développement de la qualité de l'établissement, et aussi selon ses objectifs qualité, que se détermine ces différents niveaux d'exigence.

Si la qualité accréditrice mélange les différents niveaux d'exigence, la majorité des référentiels fait appel à des exigences de moyens ou d'organisation des moyens.

IV. Les Outils et Méthodes

a) Les méthodes utiles aupilotage

Les professionnels de santé réussissent, généralement, à trouver des moyens et méthodes pour améliorer les organisations et s'adapter à l'évolutivitédes pratiques. Ceci dit quand il s'agit de mettre en place de des démarches d'envergure avec des résultats important, il est primordial de sélectionner et adopter les outils nécessaires pour. Leur réussite. Ces méthodes et outils aident l'organisation à structurer la démarche qualité d'une part, et d'obtenir des améliorations significatives et mesurables dans le temps d'autre part.
La littérature présente un ensemble de techniques de la qualité, qui se caractérisent par un langage spécifique et des logiques propres ce qui rend difficile leurs appropriations par les acteurs du secteur de santé.

Nous présentons les techniques qui sont apparues les plus appropriées pour s'appliquer à la démarche qualité en hôpital.

A. L'approche processus

L'A.N.A.E.S. définit le processus *« comme un ensemble plus ou moins complexe de taches élémentaires, accomplies par un professionnel ou un groupe de professionnels, faisant appel à des ressources (équipement, matériel, information, compétences), destinées à obtenir un résultat donné »*[3]. (A.N.A.E.S, 2002)

Pour l'A.F.N.O.R., *« l'approche processus vise à adapter les différentes entités de l'organisme pour former une série de chaînes d'activités homogènes et maîtrisables, regroupées en fonction de leur contribution aux différents flux de création de valeur pour le client »* [4].

L'approche processus sert à identifier et analyser la contribution de chaque secteur concerné par la réalisation d'un produit ou d'une prestation.

Il faut savoir que la spécialisation des secteurs et des acteurs qui les composent, ne cesse de progresser en domaine de santé, et c'est l'approche processus qui aide à améliorer la coordination des interfaces en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle. La transversalité est un élément important du processus.(Stéphane Mathieu, 2003)

Au-delà de la qualité technique de chaque étape du processus concerné, l'objectif est de prendre en considération la qualité du système organisationnel mis en place.

- L'identification des processus

C'est une étape essentielle qui a comme objectif de définir les responsabilités des différents acteurs dans le cadre du travail et de mettre en place une gestion de projet. Il est souhaitable de préciser les processus clés. Ce sont ceux qui sont permanents et opérationnels et qui ont le plus d'importance dans la production du produit au service. C'est aussi ceux qui sont à l'origine des dysfonctionnements les plus importants et qui ont le plus d'impact sur la satisfaction des usagers de soins.

Les processus clés sont ceux qui sont en lien direct avec la prise en charge du patient (processus d'accueil, de sortie, etc.), ceux en lien avec le soutien logistique (maintenance, approvisionnement, etc.) et ceux liés au management de l'institution (élaboration du

[3] A.N.A.E.S.,« Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », Paris : Avril 2002. 77 p., p. 54.
[4] Stéphane Mathieu :« Réussir l'approche processus », Paris : A.F.N.O.R., 2003.

© 2022 Global Journals

projet d'établissement, processus de recrutement des personnels, suivi des budgets par exemple).

- La description du processus

Cela consiste à décrire concrètement comment les activités se déroulent au sein du processus concerné puis de les analyser afin de détecter les dysfonctionnements et leurs causes. Comprendre les différentes étapes du processus aide à le modifier pour que les résultats attendus soient fiables et se pérennisent.

- L'amélioration du processus

L'analyse du processus se base sur l'utilisation de plusieurs outils qui structurent la démarche[5] (A.N.A.E.S, 2000). Ce sont des méthodes qui ont comme but la détection et résolution de problèmes et l'analyse des processus. Ces méthodes sont complémentaires et souvent utilisées simultanément.

- La maîtrise des processus

Ce niveau de maîtrise se base essentiellement sur:

- Établir des procédures claires qui décrivent la façon de réaliser l'action,
- Organiser la formation du personnel,
- Renforcer l'encadrement de proximité qui doit s'assurer du suivi,
- Assurer la mesure et le suivi d'indicateurs,
- Utiliser les méthodes d'audit.

B. La méthode P.A.Q – A.N.A.E.S.

C'est une méthode qui vise l'amélioration de la qualité, testée dans 64 établissements français entre 1995 et 1997 et fondée sur l'étude des processus. Elle s'occupe des processus qui ont une relation avec la prise en charge du patient au sein d'un établissement de santé. Les objectifs de la méthode sont les suivants:

a. Décrire de façon structurée les processus étudiés
b. Identifier les points de dysfonctionnement
c. Définir les actions d'amélioration puis les mettre en œuvre
d. Mesurer les améliorations obtenues.

Cette méthode s'applique au niveau des processusstables et bien délimités, tels que la préparation de la sortie du patient. Elle prend en considération la relation « client-fournisseur ».

Au sein d'un même processus, la méthode P.A.Q. peut être utilisée sur certains segments et combinée à d'autres méthodes.

La méthode se base sur 4 étapes:

- Identifier le processus
- Décrire le processus
- Construire un nouveau processus
- Améliorer le processus.

C. L'audit clinique

Développée en France par l'A.N.D.E.M., cette méthode a pour objectif l'évaluation, elle permet de comparer les pratiques de soins à des références admises, à travers l'utilisation de critères pré définis. Elle a comme buts:

- Mesurer l'écart entre la pratique et laréférence.
- Définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration.
- S'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Elle est souvent utilisée pour mesurer et améliorer une pratique professionnelle bien définie comme, par exemple, la tenue du dossier de soins. Elle est plus efficace quand l'établissement cible les pratiques professionnelles qu'il souhaite évaluer.

Elle comprend six étapes:

- Le choix du thème en fonction de la fréquence de la pratique et du risque encouru par le patient
- Le choix des critères
- Le choix de la méthode de mesure
- Le recueil de données
- L'analyse des résultats
- La mise en œuvre de plan d'actions d'amélioration.

D. La méthode P.D.C.A. : Plan Do Check Act :la roue de Deming

C'estuneméthode de conduite et d'amélioration de projet qui a pour objectif l'exécution d'une tache de façon efficace et séquentielle, elle est conçue par le qualitologue américain Deming, et peut s'appliquer à tous les processus, qu'il s'agisse de l'élaborationd'un projet d'établissement par exemple ou d'une action trèsciblée.

Elle se caractérise par 4 objectifs:

- Plan: établir un plan, prévoir. C'est définir le but et l'objectif de l'action en fixant des objectifs mesurables et les méthodes à utiliser pour les atteindre. A cette phase, il s'agit également de définir les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis.
- Do: exécuter le plan. La mise en œuvre du plan nécessite à ce stade la formation suffisante des personnels concernés. Le détail de l'action et sa finalité doivent être explicites en amont de l'exécution de la tâche.
- Check: vérifier les résultats. C'est au cours de l'action que va se vérifier l'hypothèse de départ. Il est important que les facteurs de l'action et leurs causes aient bien été identifiées.Ensuite, il s'agit de vérifier si les résultats obtenus sont conformes aux méthodes prédéfinies dans le plan et aux résultats attendus.
- Act: prendre des mesures correctives ou maîtriser les résultats obtenus. C'est à ce stade que l'on trouve la notion de roue de Deming: les écarts

[5] Pour en savoir plus : A.N.A.E.S.,« Méthodes et outils des démarches qualité dans les établissements de santé », Paris : Juillet 2000. 67 p.

© 2022 Global Journals

observés doivent être suivis d'une analyse des causes et d'un nouveau plan d'actions.

b) Les outils deconstruction

A. Le diagramme de GANTT

L'établissement de santé peut être amené à piloter un certain nombre de projets simultanés pour lesquels se déclinent des actions à réaliser dans des délais impartis.

Le diagramme de Gantt est un outil qui sert à planifier ces actions et de visualiser plus facilement le déroulement du projet. Concrètement, le diagramme de Gantt est un planning représentant en abscisse l'échelle du temps et, en ordonnée, la liste des actions. Cela suppose que:

- Les actions soient identifiées
- Les actions soient priorisées et quantifiées en termes de délais, de charge et de ressources
- Qu'il y ait une cohérence d'ensemble dans l'enchaînement des actions.

B. Le logigramme

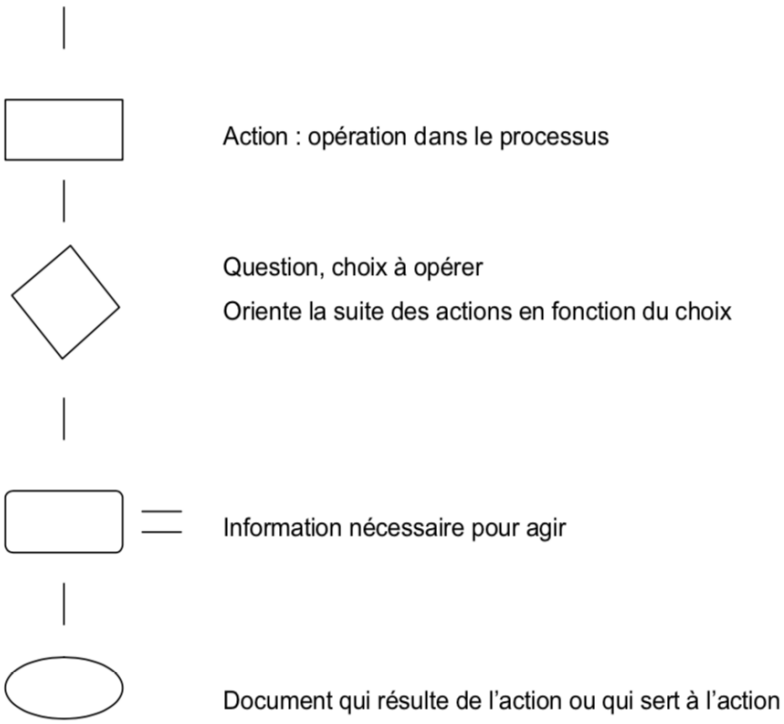
Le logigramme est génialement utilisé dans les démarches qualité, c'est la description graphique des enchaînements logiques d'une série d'opérations. Il a pour objectif de transcrire et à visualiser rapidement un mode opératoire ou un protocole. Un logigramme se lit comme un jeu de piste, un roadbook. Par sa forme, il représente en une seule fois l'ensemble des opérations et des choix décrits.

Sa méthode de construction:

- Définir son début et sa fin
- Identifier les questions: un logigramme s'articule autour de choix qui sont autant de réponses possibles aux questions que l'utilisateur peut se poser lors de sa lecture
- Identifier la chaîne principale: c'est le squelette du logigramme, c'est-à-dire l'enchaînement logique de la procedure "si tout se passe bien" sans nécessité d'aiguillage.
- Identifier les boucles: chaque fois qu'une question est posée, une boucle de logigramme est créée entre la question posée et la chaîne principale lorsque l'exécution ou la variante se termine.

La symbolique du logigramme

Des symboles de base standardisés permettent aux utilisateurs d'identifier chaque étape qui les compose.



V. Accréditation – Démarche Qualité: des Liens Étroits

L'accréditation peut se définit comme le « contrôle du contrôle ». Son objet est d'établir la confiance en garantissant la compétence et l'impartialité des organismes accrédités. Par l'établissement d'accords de reconnaissance internationaux, elle vise à la facilitation des échanges commerciaux: un seul essai, une seule certification partout reconnue par Daniel Pierre, Directeur du COFRAC, Président d'EA, Vice-président d'ILAC.

Le guide ISO/CEI n°2 définit l'accréditation comme une procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme

© 2022 Global Journals

ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques.

En d'autres termes, il s'agit d'un contrôle de second niveau s'exerçant sur les organismes d'attestation de la conformité (laboratoires, organismes d'inspection, organismes certificateurs) afin d'attester de leur compétence pour réaliser des étalonnages, des essais ou des inspections ou pour certifier des produits, des systèmes ou des personnes.

Dans le domaine de santé, l'accréditation et qualité sont deux démarches étroitement liées, qui forment un nouveau système à intégrer dans les établissements de santé.

Anne Marie Boix[6] (OIXAM) explique cela en affirmant que l'accréditation, *« visant explicitement à introduire une démarche institutionnelle d'amélioration de la qualité, l'accréditation constitue bel et bien le nouvel ordre auquel l'ensemble des établissements doit se référer ».*

a) L'accréditation : principes et objectifs

A. Principes

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins qui est réalisée par des professionnels, indépendante de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, son objectif est d'évaluer l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques, afin de garantir la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à instaurer une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement. L'organisme accréditeur établit avec tous les acteurs du système de santé des normes et des référentiels, conçus pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

Dans le cadre défini par l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

En se basant sur des référentiels, la procédure d'accréditation évalue le positionnement de l'établissement par rapport à des références thématiques qui sont:

1. Le patient et sa prise en charge

- Droits et Information du Patient (DIP)
- Dossier du Patient (DPA)
- Organisation de la Prise en Charge du patient (OPC)

2. Management et gestion au service du patient

- Management de l'Établissement et des secteurs d'Activité (MEA)
- Gestion des Ressources Humaines (GRH)
- Gestion des Fonctions Logistiques (GFL)
- Gestion du Système d'Information (GSI)

3. Qualité et la prévention

- Gestion de la Qualité et Prévention des Risques (QPR)
- Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle (VST)
- Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI).

C'est une procédure qui aide à l'évaluation de la qualité au sein de l'établissement sur l'ensemble de ces thèmes, et qui permet de mesurer le niveau de structuration de la démarche qualité au plan institutionnel. Il est considéré comme un système de reconnaissance externe de la qualité quistructure une démarche explicitement définie par étape.

B. Objectifs

En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, la procédure conduite par l'A.N.A.E.S. définie six objectifs principaux:

- L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins
- L'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient
- La formulation de recommandations explicites (l'A.N.A.E.S, 2003)
- 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.

b) Le champ d'activité de laprocédure

La procédure d'accréditation concerne tous les établissements de santé: publics et privés, civils et, potentiellement, militaires, les établissements assurant laprise en charge au titre de l'hospitalisation à domicile, ceux exerçant une activité de dialyse, les réseaux de soins et les groupements de coopérations sanitaires entre établissements de santé.

L'accréditation ne s'applique pas actuellement aux activités médico-sociales, même lorsque celles-ci, et c'est le cas des hôpitaux locaux, s'exercent au sein d'un établissement de santé.

Elle s'applique à l'établissement au sens juridique du terme et concerne l'ensemble desstructures et des activités d'un établissement.

c) Les étapes de ladémarche

La phase d'auto-évaluation se considère comme le cœur de la procédure d'accréditation, elle aide à construire un diagnostic de l'existant à travers une démarche participative basée sur le référentiel A.N.A.E.S. Les résultats de cette auto évaluation se soumettent à l'A.N.A.E.S. Une équipe d'experts

[6] OIXAM : « L'accréditation hospitalière, quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ? », Paris : L'Harmattan, 197 p., p. 41.

© 2022 Global Journals

visiteurs, dont le nombre varie en fonction de la taille de l'établissement, se déplace ensuite sur site afin d'évaluer la dynamique d'amélioration de la qualité en s'appuyant sur les résultats de l'auto évaluation. Ces experts sont tous des professionnels de santé en exercice, formés par l'A.N.A.E.S.

Dans les deux mois qui suivent la visite, le rapport rédigé par les experts se transmet à l'établissement de santé, qui peut faire des remarques ou de donner des précisions.

Une analyse du rapport et des observations de l'établissement est ensuite faite par le collège d'accréditation de l'A.N.A.E.S. qui formule ses conclusions dans un rapport d'accréditation. Celui-ci comprend d'éventuelles recommandations, voire d'éventuelles réserves assorties de précisions sur les modalités de suivi.

VI. Les Enjeux Del' Accréditation

- Des enjeux réglementaires

Les établissements ont l'obligation de s'engager dans la procédure en signant un contrat d'accréditation avec l'A.N.A.E.S.

Il s'agit également, notamment grâce à l'examen des fiches de sécurité, de permettre à l'établissement de se mettre davantage en conformité avec les normes en vigueur. C'est le cas par exemple de la sécurité incendie, de la pharmacie, de la sécurité de l'air ou de l'eau.

- Des enjeux liés à l'amélioration continue de la qualité

Le but est de constituer une démarche pérenne, qui permet de créer une véritable culture institutionnelle de la qualité dans l'établissement.

- Des enjeux organisationnels

L'accréditation permet de développer une approche transversale de l'organisation et non plus un modèle de management vertical. Mobilisation des personnels, développement des interfaces, décloisonnement, l'objectif est de mettre en place une culture de partage des responsabilités.

- Des enjeux de positionnement de la structure

La publication du rapport du collège sur Internet et sa transmission à l'A.R.H. impacte l'image et le positionnement de l'établissement dans son bassin d'attraction. En interne, comme vis à vis de la population locale.

- Des enjeux pour le patient

Il s'agit de créer un lien de confiance avec le patient, en une structure capable de mettre en place et de respecter un ensemble de procédures d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- Des enjeux budgétaires et financiers

Il n'existe pas encore de liaison claire et officielle entre l'accréditation d'un établissement et l'allocation de ses ressources. Cependant, les coûts liés à la non qualité peuvent être réduits.

VII. Les Perspectives

Lors de son Conseil d'Administration du 6 février 2003, l'A.N.A.E.S. a exprimé le choix de faire de la qualité des pratiques médicales et de l'offre de soins un élément central de la régulation du système de santé: (l'A.N.A.E.S, 2003)

⇒ Le programme de travail 2003 prévoyait de doubler le nombre d'établissements accrédités en 2002, soit 650 en 2003[7] .

⇒ Une deuxième procédure expérimentale simplifiée et comprenant davantage l'appréciation de la qualité du service médical rendu est mise en œuvre depuis 2004 avec les établissements volontaires ayant transmis leur premier cycle.

VIII. Méthodes de la Qualité Hospitalière Inspirées du Monde Industriel

Il existe trois méthodes principales de la qualité développées dans l'industrie: le contrôle final a posteriori; l'assurance qualité et la qualité totale.

- Le contrôle final a posteriori

Le contrôle final a pour mission de mesurer la qualité du produit final et son aptitude à satisfaire les clients externes et internes. Il n'est pas utilisé actuellement dans le secteur de santé, mais certaines approches traditionnelles de la qualité des soins se sont inspirées de lui.

[7] A.N.A.E.S.,« Dossier de presse accréditation », Paris : Juin 2003 – contact.presse@anaes.fr

© 2022 Global Journals



Figure 12: Modèles qualité dans l'industrie

- Assurance qualité

La qualité a comme objectif de satisfaire les besoins du client, ainsi l'entreprise s'engage à produire des biens et services qui sont conçus pour répandre aux attentes des consommateurs. Tous les moyens de contrôle et de correction entrepris par l'entreprise s'intègrent dans ce même objectif.

L'assurance qualité propose des procédures de contrôle et dispositifs préventifs qui ont comme rôle de s'assurer de la qualité du produit durant tous les niveaux de production. Le contrôle ne se fait plus qu'en bout de chaîne de fabrication.

Dans les années 1980, l'application du principe de l'assurance qualité au domaine hospitalier apparaît aux États-Unis, au Royaume-Unis, puis au Pays-Bas, le processus de l'audit se base sur l'évaluation et l'observation de toutes les activités de soins en référence à des normes et standards préétablis., par la suite la norme ISO 9001 voit le jour dans le domaine industriel et ne trouve pas de difficultés à s'intégrer au milieux hospitalier, mais il est constaté rapidement plus tard que cette norme est peu appropriée aux pratiques cliniques, donc une troisième approche se manifeste qui est l'accréditation,

- Qualité totale

Les bases de la qualité totale ont été mises en évidence par l'assurance qualité évoquée précédemment qui sont:

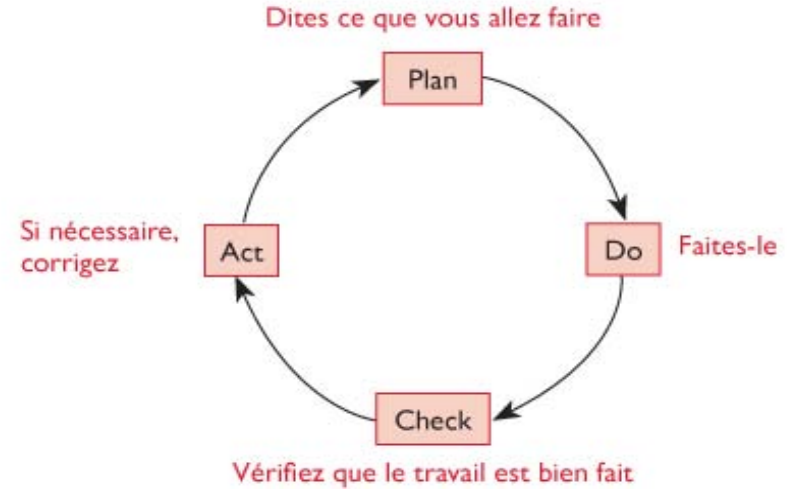
- Le contrôle de la qualité débute dès la conception du produit jusqu'à la livraison au consommateur.
- Le contrôle de la qualité implique toute personne qui intervient dans le processus de fabrication.

Cette approche est fondée sur cinq principes fondamentaux:

- Se focaliser sur le client, l'un des principes clés de l'assurance qualité.
- Se baser sur l'approche processus avec une vision préventive,
- Impliquer toutes les fonctions dans la démarche qualité.
- Se donner comme but l'amélioration continue, tiré de la notion 0 défauts.
- Faire participer l'ensemble du personnel.

Cette approche est appliquée dans les établissements de soins à l'échelle de l'unité ou dans le champ de la qualité spécifique, en se basant principalement dans cette approche sur la roue de Deming. « PDCA-Plan Do Check Act »

© 2022 Global Journals



- Évaluation des différents modèles

Les outils de contrôle à postériori restent les moins efficaces, en effet dégager le problème après sa survenu ne suffit pas pour assurer la qualité des soins, car ils ne permettent pas d'anticiper les défaillances et erreurs.

Les méthodes de l'assurance qualité sont perçues d'une manière contrastée, les audits des professionnels de santé sont efficaces et contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles, et sont facile à accepter par les acteurs de soins notamment les médecins, tandis que l'efficacité de l'outil de l'accréditation est toujours remise en cause, et n'est pas facile à tolérer par les médecins qui exigent une autonomie professionnel, et affirment que ce n'est qu'une machine administrative lourde en application.

Les outils liés à la qualité totale, principalement le PDCA ont donné de bons résultats au niveau de l'amélioration de la qualité des soins, ceci dit leur application est restreinte à des unités ou domaines spécifiques.

La réussite des facteurs et méthodes de qualité au milieu hospitalier demeure un sujet qui exige encore plus de recherches afin de rapporter des réponses plus claires.

Aux États-Unis, une étude publiée en 2011 développe un modèle conceptuel; le modèle MUSIQ (Model for understandingsuccess in quality) qui identifie cinq catégories de facteurs qui contribuent au succès d'un management qualité, ces catégories sont: l'environnement externe, l'organisation elle-même, les microsystèmes, les équipes de soins et des facteurs divers tels que des événements marquants ou le développement de plans stratégiques.

D'autres recherches sont toujours effectuées dans ce sens, car le domaine de soins attend toujours des réponses plus précises sur les facteurs de succès de la qualité des soins.

Les trois méthodes de l'amélioration de la qualité conçues dans le domaine industriel ont tous étés adoptés dans le milieu hospitalier, le contrôle final et l'assurance qualité sont l'une des méthodes qui ont étés acceptées par les professionnels de santé mais leur efficacité reste incertaine. Le modèle de' la qualité totale a prouvé son efficacité mais à un niveau spécifique (unités de soins ou qualité spécifique), son efficacité dans tout le système de soin reste à discuter.

IX. Conclusion

A travers cet article, nous avons défini les bases de la qualité des soins et les points essentiels pour son application dans le milieu hospitalier pour enfin identifier les bases et méthodes tirés de la qualité industrielle et appliquées dans le management hospitalier.

Nous concluons que la mise en place d'un système de management de la qualité nécessite l'application et le respect des principes fondamentaux.

La réussite de la conception et l'exécution d'un système de management de la qualité hospitalière demande un changement organisationnel, mais aussi l'implication du personnel et l'investissement des moyens humains et matériels.

Bibliographie

1. SHORTELL S.M., B. C. (1998). Accessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice.MILBANK Q.
2. CROSBY, P. (1996). La qualité, c'est gratuit.
3. A.N.A.E.S. (2002). Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris.
4. Stéphane Mathieu. (2003). Réussir l'approche processus. Paris: A.F.N.O.R.
5. A.N.A.E.S. (2000). Méthodes et outils des démarches qualité dans l es établissements de santé. Paris.

© 2022 Global Journals

6. OIXAM. (s.d.). L'accréditation hospitalière, quel impact sur la culture et le management des établissements de santé? (Vol. 197). Paris:: L'Harmattan.
7. l'A.N.A.E.S. (2003). www.anaes@.fr - accès thématique aux publications en ligne. Récupéré sur Site de l'A.N.A.E.S.
8. (s.d.).

© 2022 Global Journals