REPUBLIQUE DU BENIN
****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****
UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)
****
ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)
****

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION DU CYCLE II POUR L'OPTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

OPTION : ADMINISTRATION DES FINANCES

FILIERE : ADMINISTRATION HOSPITALIERE UNIVERSITAIRE ET INTENDANCE

Année Académique 2006-2007

THEME

BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE A L'HOPITAL SAINT MARTIN DE PAPANE.

***Réalisé et soutenu par* :**

Raliatou AMADOU DJIBRIL

Sous la direction de :

Maître de stage

Dr Alain V. SANTOS
Directeur de l'hôpital Saint Martin de Papané

Directeur de mémoire

Pascal OMYALE
Administrateur Hospitalier

Juillet 2007

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT : **Adrien HOUNSA**

VICE-PRESIDENT : **Christophe AHOMLANTO**

MEMBRE : **Hugues B. M. TCHOBOZO**

L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPTIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR.

DEDICACE

Je dédie ce travail,

A mon époux Monsieur **Mohamed GOUDA .**Ton attention soutenue m'a toujours encouragée. Reçois ce travail comme le fruit de tes sacrifices.

A mon fils **GOUDA Ach-raf**, mes peines ont été les tiennes durant cette formation. Ce travail est un modèle à dépasser.

Je te conseille que seul le travail libère l'homme.

REMERCIEMENTS

- A mon créateur, qui m'a guidé jusqu'à ce jour.

- A mon directeur de mémoire, Monsieur Pascal OMYALE. Vous avez malgré vos multiples occupations, accepté d'encadrer ce travail et n'avez ménagé aucun effort pour le conduire à terme.
  Trouvez ici l'expression de ma gratitude

- A mon maître de stage, Monsieur Alain SANTOS, pour son soutien et précieux concours. Considérez ce travail comme le fruit de vos sacrifices et contributions morales.

- Au président du Jury

- Aux membres du Jury

  Pour l'honneur que vous faites d'accepter de juger ce travail.

- A tous les Professeurs de l'ENAM.
  Sincères remerciements

- A mon père Monsieur Djibril AMADOU YARI et ma mère Adizatou ZATO

  Pour votre affection que vous témoignez toujours à mon égard. Que Dieu vous prête longue vie.

- Aux membres de la Fondation Hubi-Vinciane.
  Pour votre contribution.

- Aux représentants du Projet Action Sud-Borgou.
  Pour votre contribution.

- Au personnel de l'hôpital Saint Martin.
  Pour vos sacrifices et patiences.

- A tous mes frères et sœurs : Fatouma, Aboubacar, Rabiou, Loutéfath, Hassanath, Ismaël et Nadine.
  Sincères remerciements

- A tous mes camarades de la promotion 2005-2007, considérez ce travail comme le résultat de nos moments agréables passés ensemble ; bonne carrière à toutes et à tous.

- A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, notamment Dr Christophe DOSSOUVI, Dr Galbert TOLOME, Dr Joseph A. VODOUNON et Madame Sophie APKLOGAN.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AQ	: Assurance Qualité
CA	: Conseil d'Administration
C /SAAE	: Chef Service des Affaires Administratives et Economiques.
C /SAF	: Chef Service des Affaires Financières
CHS	: Comité d'Hygiène et de sécurité
CLIN	: Comité de lutte contre les infections Nosocomiales.
CMC	: Commission Médicale Consultative
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
CoDIR	: Comité de Direction
DQ	: Démarche Qualité
EHH	: Equipe d'Hygiène Hospitalière
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant
HSM-P	: Hôpital Saint Martin de Papané
ICC	: Information pour un Changement de Comportement
PICME	: Prise en charge Intégrée des maladies de l'enfance
RESHAOC	: Réseau hospitalier de l'Afrique Occidentale et des Caraïbes
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
TETU	: Tri Evaluation Traitement des Urgences
UHH	: Unité de l'Hygiène Hospitalière

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 : Evolution des activités cliniques de 2003 à 2005

Tableau N°2 : Regroupement des problèmes spécifiques en des problématiques possibles

Tableau N°3 : Tableau de bord de l'étude

Tableau N°4 : Tableau comparatif de la gestion traditionnelle et Assurance qualité.

Tableau N°5 :Présentation des données relatives au problème spécifique n°1

Tableau N°6 : Evolution du taux d'infection post-opératoire.

Tableau N°7 :Présentation des données relatives au problème spécifique n°2

Tableau N°8 : Evolution du taux de mortalité maternelle.

Tableau N°9 :Présentation des données relatives au problème spécifique n°3

Tableau N°10 : Evolution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital.

Tableau N° 11 : Niveau de satisfaction des clients de l'hôpital Saint Martin

Tableau N° 12 : Synthèse de l'étude.

GLOSSAIRE

Accréditation : procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme est compétent pour effectuer des tâches spécifiques.

Assurance qualité : ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité.

Certification : assurance donnée, par écrit, par un organisme accrédité et impartial attestant qu'un service présente une conformité aux spécifications énoncées dans une norme.

Démarche qualité : démarche raisonnée et délibérée pour réaliser une tâche.

Hygiène hospitalière : ensemble des procédures destinées à supprimer ou à limiter le nombre de micro-organismes en contact avec les patients, les matériels, ou les surfaces, ou encore ensemble des mesures prises pour que les actes des soignants n'entraînent pas d'infections nosocomiales.

Infection nosocomiale : Infection contractée dans une structure de soins alors que le patient n'était ni en incubation ni porteur de dette infection au moment de son entrée

Qualité : ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Le terme n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif.

.

RESUME

Le contexte dans lequel les formations sanitaires évoluaient ne garantissait pas la sécurité et la qualité des soins aux malades. L'une des missions de l'hôpital est d'assurer une bonne santé aux malades. La question des infections nosocomiales est devenue la préoccupation quotidienne des responsables des établissements sanitaires. L'élaboration d'une politique nationale d'hygiène hospitalière témoigne de l'intérêt que les autorités sanitaires de notre pays accordent à la lutte contre les infections nosocomiales. Elles affectent la qualité des soins de santé. Dans cette optique, la nécessité de mettre en œuvre un programme de l'assurance qualité n'est plus à démontrer. Ainsi les activités de promotion de la gestion des risques infectieux ont été lancées dans tous les services de l'hôpital Saint Martin.

Le thème **« Bilan de la mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital Saint Martin de Papané»** est choisi dans le but d'apprécier l'impact de la démarche qualité sur les activités cliniques de l'hôpital saint Martin de Papané. En outre, il s'agit pour nous de procéder à une analyse, de relever les difficultés auxquelles nous allons apporter des approches de solutions.

De nos recherches, il ressort que l'hôpital est confronté à des problèmes. Nous nous sommes évertués à les regrouper en quatre problématiques dont celle retenue pour nos investigations est libellée comme suit : **Bilan de la mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital Saint Martin de Papané.**

Les trois problèmes spécifiques abordés sont formulés de la façon suivante :

- Infection post-opératoire élevée.
- Non maîtrise des protocoles de soins
- Insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures.

Par ailleurs, selon la logique de toute recherche scientifique, il faut des objectifs de recherche. Les objectifs que nous avons retenus sont les suivants :

- Contribuer à la réduction des infections post-opératoires
- Contribuer à la maîtrise des protocoles de soins dans les services.
- Contribuer au renforcement du plateau technique.

Afin d'atteindre ces objectifs nous avons utilisé un guide d'entretien comme instrument de collecte des données.

Les approches théoriques et empiriques choisies nous ont permis d'établir le diagnostic ci-après :

- Les infections post-opératoires sont dues à la multiplication microbienne dans les services.
- L'insuffisance et le manque de recyclage du personnel sont à l'origine de la non maîtrise des protocoles de soins.
- L'insuffisance des ressources financières explique les difficultés de recrutement, limite les possibilités de constructions et d'approvisionnements en matériels et équipements à l'hôpital.

Au total nous restons dans l'espoir que les approches de solutions et les conditions de mise en œuvre vont contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

SECTION 1 : OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Paragraphe 1: état des lieux

Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique

SECTION 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Paragraphe 1 : Fixation des objectifs, formulation des hypothèses et revue de littérature

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude

CHAPITRE 1 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES : BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE

SECTION 1 : COLLECTE ET PRESENTATION DES DONNEES

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte

Paragraphe 2 : Présentation et limites des données

SECTION 2 : VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Paragraphe1 : Analyse des données et vérification des hypothèses

Paragraphe 2 : Diagnostic établi (contenu et limite)

CHAPITRE 2 : LA DEMARCHE QUALITE A L'HÔPITAL SAINT MARTIN DE PAPANE : PERENNITE

SECTION 1 : APPROCHES DE SOLUUTIONS

Paragraphe 1 : Approches de solutions aux problèmes spécifiques

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre

SECTION 2 : PERENNITE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE

Paragraphe1 : Recommandations à l'endroit des gestionnaires

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des autorités sanitaires et prestataires de soins

CONCLUSION

INTRODUCTION

Les infections contractées à l'hôpital ont une répercussion préoccupante sur la qualité des soins. Lorsqu'une infection nosocomiale se greffe à la pathologie d'un patient, la qualité des soins est défectueuse et le coût de traitement croît.

Dans les formations sanitaires, les conditions économiques sont telles que les pratiques des prestations de soins et de services exposent les malades à des risques importants de contamination.

L'élaboration de la politique Nationale d'Hygiène Hospitalière, le renforcement de la compétence du personnel et du plateau technique reflètent la volonté manifeste des autorités sanitaires à réduire les infections nosocomiales et à garantir des soins de qualité aux populations.

Ainsi depuis l'année 2003, il est mis en place à l'hôpital Saint Martin, un programme d'assurance qualité, prenant en compte les dimensions de l'innocuité des soins, de la compétence professionnelle, des infrastructures et équipements. La mise en œuvre de ce programme doit favoriser sans doute l'extension durable de la dynamique qualité dans l'hôpital. Mais sa réalisation ne se fait pas sans difficultés. Aussi, nous parait-il opportun de procéder à l'évaluation de ce programme d'activités.

Dans le but d'offrir aux populations des prestations de qualité et de contribuer à l'amélioration du mécanisme de leur bonne prise en charge, nous avons choisi d'effectuer nos recherches sur le thème **« Bilan de la mise en œuvre de la démarche qualité à l'Hôpital Saint Martin de Papané»** de 2003 à 2005**.**

Pour aborder la question, nous avons structuré notre travail en trois chapitres dont un chapitre préliminaire :

- le chapitre préliminaire porte sur la problématique, le cadre théorique et la méthodologie de l'étude
- le chapitre premier concerne la collecte et à l'analyse des données relatives au bilan de la mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital Saint Martin,
- le deuxième chapitre est relatif à la pérennisation de la démarche qualité à l'hôpital Saint Martin de Papané.

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

SECTION1 : OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Les observations de stage ont permis de mieux connaître l'hôpital, d'apprécier le degré des difficultés majeures afin de dégager le problème sur lequel nous avons réfléchi.

Paragraphe 1: Etat des lieux.

A- Historique de l'hôpital Saint Martin de Papané

L'Hôpital Saint Martin de Papané, a été créé en 1972 par le **Dr Franken** sur l'initiative de **Monseigneur Van der Brounke** pour résoudre le problème d'accessibilité géographique des centres de santé aux populations de Tchaourou et celles du Zou-nord. A l'époque les seules structures hospitalières existantes étaient le Centre de santé de Dassa-zoumé et l'hôpital de Parakou très distants desdites populations. D'un simple bâtiment limité à la chirurgie à ses débuts, l'importance du complexe a progressivement augmenté, lui accordant très tôt une réputation inédite. Il draine des malades venant des autres communes et du Nigeria voisin.

Des médecins européens volontaires notamment hollandais et belges venaient donner un appui au travail caritatif de l'Eglise. En Novembre 1981 l'hôpital Saint Martin a connu une période triste par le décès de son Médecin directeur d'alors Dr Hubert Adrians et de sa fiancée Vinciane Van ASSCHE dans un crash d'avion. L'hôpital a été fermé pendant des mois. Mais grâce à la perspicacité de Monseigneur ASSOGBA et de l'amour combien de fois grand et désintéressé, M. Piet Van ASSCHE, père de la fiancée du Médecin-Directeur décédé, un nouvel élan a été donné à cet hôpital.

Les différents directeurs qui se sont succédés ont réussi à étendre l'hôpital jusqu'à sa taille actuelle avec le dynamisme de l'Archevêché de Parakou et l'appui des partenaires au développement.

Depuis l'année 2000 l'Hôpital Saint Martin de Papané a été érigé en hôpital de référence de la zone sanitaire de Tchaourou par l'arrêté ministériel n°2217/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 Avril 2000 dans le cadre de la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire au Bénin. Dès lors, il bénéficie des Crédits délégués et des fonds de Mesures sociales. Ensuite il bénéficie de l'appui technique et financier de la

coopération suisse, et depuis l'année 2003 il se développe grâce à un programme quinquennal (2003-2007) dénommé Action Santé Sud - Borgou qui s'étend sur les zones sanitaires de Tchaourou et de Parakou - N'Dali cofinancé par le Gouvernement belge, le CDI Bwamanda et la Fondation Hubi et Vinciane.

L'hôpital Saint Martin de Papanè est membre fondateur de l'AMCES (Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin) créée en 1985. Sur autorisation du Ministère de la Santé, un Programme de Base Commune pour la formation du personnel paramédical et une Convention Collective de Travail ont été rédigés et mis à la disposition des centres membres de l'AMCES.

D'une capacité actuelle de quatre vingt dix sept (97) lits, l'Hôpital Saint Martin de Papanè reçoit tous les jours un grand nombre d'usagers pour divers motifs de soins de santé.

B- Fonctionnement des services.

A l'hôpital Saint Martin il n'y a pas de spécialistes. Les activités de soins curatifs et préventifs sont coordonnées par des médecins généralistes avec la participation du personnel paramédical. L'effectif du personnel était de 63 agents dont 48 personnel soignant au 31 décembre 2005

Les données sanitaires consignées dans le tableau ci-dessous donnent une idée nette des activités réalisées les trois dernières années.

TABLEAU 1 : Evolution des activités cliniques de 2003 à 2005

Désignation	**2003**	**2004**	**2005**
Consultations	15263	12078	10712
Hospitalisations	4857	4352	3737
Accouchements (dystociques)	397 (297)	392 (292)	464 (360)
Chirurgie	689	602	549
Laboratoire	11601	13992	15540
Radiologie	483	596	0
Echographie	251	650	1136
Cystoscopie	4	19	19
Endoscopie	6	8	20
Vaccination	3088	4449	4578
Effectif du personnel	55	67	63
Nombre de lits	106	106	97

Source : Rapports d'activité, 2003, 2004 et 2005.

Les activités de consultations et d'hospitalisation ont connu une baisse sensible à cause de la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire. En effet depuis 2003, beaucoup de centres de santé périphériques ont été réhabilités et équipés. En outre le service de radiologie n'est pas fonctionnel depuis Juillet 2004 car l'appareil de radiologie est en panne.

Par contre grâce à l'augmentation de la gamme des examens, aux recyclages et recrutements de personnel qualifié, les activités de laboratoire et de l'Imagerie Médicale (d'échographie, cystoscopie et endoscopie) se sont accrues.

Dans sa gestion, le Directeur est assisté par la Commission Médicale Consultative, le Comité de Direction, le Comité d'Hygiène et de Sécurité et le Délégué du Personnel. Il exécute les décisions issues du Conseil d'Administration et rend compte de la gestion à cet organe. L'hôpital Saint Martin est composé des services de maternité, de pédiatrie, de médecine interne, de chirurgie, d'urgence, de laboratoire, d'Imagerie médicale, de consultation, des sections auxiliaires et des services administratifs.

1) Services Administratifs

Les services l'administratifs sont composés du secrétariat, de la direction, du Service des Affaires Administratives et Economiques et celui des Affaires Financières.

a- La direction

Un Médecin-Directeur assure la mise en œuvre des décisions issues du Conseil d'Administration. Il est l'ordonnateur principal du budget et rend compte de son exécution au Conseil d'Administration. Dans la gestion quotidienne de l'hôpital, le Directeur est assisté du Chef Service des Affaires Administratives et Economiques, du Chef service des Affaires Financières et l'infirmière Générale qui supervise les activités paramédicales. Il est à signaler que 95% du personnel de l'hôpital émargent sur financement communautaire, c'est-à-dire sur les fonds propres. Cette gestion directe et autonome de la carrière du personnel facilite l'application des décisions au Directeur. Grâce à l'esprit d'équipe instauré dans la zone sanitaire, il existe une parfaite collaboration entre l'hôpital et les membres de l'Equipe d' Encadrement de la Zone Sanitaire et le Comité de santé.

b- Le Service des Affaires Administratives et Economiques (C/ SAAE)

Il est chargé de la tenue du secrétariat d'une part, de la gestion administrative, des malades, des statistiques, de la pharmacie, des régies d'avance et de la comptabilité matière d'autre part.

Les activités de maintenance et d'hygiène sont respectivement coordonnées par un agent d'hygiène et d'assainissement de base et un maintenancier avec l'appui des blanchisseurs, agents d'entretien et chauffeurs.

c- Le Service des Affaires Financières

Il s'occupe de l'élaboration du budget, du recouvrement des recettes, du payement des dépenses, des opérations de banque, de la comptabilité générale et analytique de l'hôpital. Il est appuyé dans les tâches de recouvrement par deux (2) au lieu de trois (3) assistants des services financiers qui tiennent la caisse. Le local abritant la caisse est très exigu. Les états financiers annuels élaborés par le C/SAF sont certifiés par le commissaire aux comptes. Nos entretiens avec le chef service des Affaires financières nous ont renseigné sur quelques insuffisances du personnel et des difficultés financières de l'hôpital. En effet les subventions de l'Etat sont faibles et on observe une lenteur quant à la réalisation des activités financées sur budget national (crédits délégués). De même il nous est révélé que certains partenaires ne respectent pas leurs engagements ce qui entraîne des faibles consommations budgétaires surtout en ce qui concerne les investissements

2) Les organes de gestion de l'hôpital

On distingue en cinq dont le Conseil d'Administration, qui est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'Hôpital. Il se réunit en session ordinaire deux fois par an pour étudier et approuver soit le budget de l'exercice à venir soit les états financiers et le rapport d'activités de l'exercice écoulé, c'est l'organe délibératif de l'hôpital. Il est présidé par l'Archevêque de Parakou ou son représentant.

Le Comité de Direction est un organe consultatif obligatoire qui examine toutes les questions relatives à l'organisation générale du travail, aux effectifs, aux statuts du personnel, à l'hygiène, à la sécurité, à la salubrité des services. Il est consulté pour les questions importantes telles que l'élaboration du budget et la politique générale de l'Hôpital. Il regroupe le Directeur qui en est le président, les médecins chefs des services, le chef du service des Affaires Administratives et Economiques, le chef service des Affaires Financières, l'Infirmière générale, le délégué du personnel. On note une régularité des réunions mensuelles.

La Commission Médicale Consultative qui est consulté principalement sur des questions relatives aux activités de santé, à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et médico-techniques. Elle est composée de tous les médecins.

La Commission d'hygiène et de sécurité, un organe technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène et de sécurité assure les activités d'hygiène des espaces et des individus, la salubrité, la sécurité des personnes et de leurs biens.

Hormis ces organes statutaires, il existe une commission de réception qui a un droit de regard sur toutes les livraisons issues des commandes faites.

3) Les Services Techniques

a- Service de Pédiatrie

Le service de pédiatrie reçoit les enfants de 0 à 5 ans, il fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre (24/24) avec six agents qui prennent alternativement des gardes de vingt quatre heures avec quarante huit heures de repos. Les agents s'occupent des activités de récupération nutritionnelle des enfants malnutris. Concernant la prise en charge des enfants, il reste encore à faire, car le personnel soignant n'est pas formé au Tri Evaluation et Traitement des Urgences (TETU) et à la Prise en charge Intégré des Maladies de l'Enfance (PCIME). Ainsi l'application des protocoles par le personnel est biaisée. En outre, il faut mentionner l'insuffisance du personnel et le manque de matériels. Ceci a pour conséquence le retard dans la prise en charge des malades.

b- Service de Maternité

Le service de maternité fonctionne avec huit agents qui se conforment à la règlementation en vigueur en matière d'horaire de travail. Les principales activités de ce service sont : les soins aux hospitalisées, les consultations (Consultation Prénatale, Consultation post natale), la gynécologie, la planification familiale, la néonatologie et les échographies pelviennes et obstétricales. Sur le plan d'asepsie les salles de dilatation, d'hospitalisation et de lavage de matériel ne répondent pas aux normes. Il existe un risque accru d'exposition des agents de la maternité aux liquides biologiques lors de lavage de matériel dans la même salle de garde. Par ailleurs, l'absence de système adéquat d'évacuation de déchets biomédicaux est à déplorer car ceci augmente la multiplication microbienne et les infections nosocomiales. Il est important de mentionner que le manque

de matériel, l'insuffisance de personnel et la non disponibilité de certains médicaments de spécialité ne permettent pas à la maternité d'offrir les soins de qualité attendus par la population. Il faut noter aussi la défaillance de la communication interpersonnelle, le volume de travail excessif entraîne un retard dans la prise de décision. L'accueil demeure un élément clé dans l'amélioration de la qualité des soins, mais malheureusement cet aspect n'est pas bien perçu par les agents.

c- Service de Chirurgie

Dans le service de chirurgie les cas opératoires sont pris en charge de façon permanente. Les interventions chirurgicales sont assurées par des médecins à compétence chirurgicale assistés par un anesthésiste, un instrumentiste, des infirmiers et aides soignants. Pour palier l'insuffisance d'infirmiers spécialistes (anesthésiste et instrumentiste), deux infirmiers ont été formés à l'hôpital pour assister les médecins au bloc opératoire. Le personnel du bloc opératoire bénéficie très rarement de formations continues pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et l'entretien préventif de l'appareillage médical.

d- Service de Médecine Interne

Ce service est mixte, car dispose de vingt (20) lits pour la médecine et vingt lits pour la chirurgie. C'est l'unité de soins où l'on reçoit les clients hospitalisés pour les soins infirmiers, les pansements, et les soins post- opératoires. Dans ce service les infirmiers sont sollicités au bloc opératoire et pour les consultations en urgence. On note une surcharge de travail. La mixité du service fait que les malades opérés cohabitent avec ceux de la médecine. Ceci augmente le risque d'infection post-opératoire. L'insuffisance de matériels médicaux affecte la qualité des prestations de ce service.

e- Service de Laboratoire

Le service du laboratoire est fonctionnel avec cinq (5) agents dont un (1) ingénieur des travaux en analyses biomédicales qui est responsable du service. C'est le service dans lequel les normes et standards sont respectés en matière de plateau technique. On constate dans ce service une mauvaise gestion des examens des malades. Cette situation est due principalement à la mauvaise organisation du service, au retard dans la visite des médecins et au remplissage non correct des bulletins d'examens (âge et

diagnostic…….). L'un des problèmes du service de laboratoire est le temps d'attente trop long des malades, dû souvent à un déficit de communication entre le personnel du laboratoire et les autres services, à l'insuffisance de matériel.

f- Service d'Imagerie Médicale

Le service d'Imagerie médicale ne répond à aucune norme en matière d'infrastructure. Il comprend les unités d'échographie, d'endoscopie et de radiologie. Il faut noter que depuis l'année 2004 l'appareil de radiologie est en panne et depuis Juin 2006 l'ingénieur reçu au concours des agents permanents de l'Etat a été muté au Centre Hospitalier Départemental du Borgou-Alibori. La prise en charge des malades est donc incomplète.

g- Service d'Urgence

Le service des urgences et des soins intensifs a pour mission de recevoir tous les cas d'urgences médicochirurgicales pour assurer la restauration des fonctions en détresse vitale et l'orientation des patients vers le service d'accueil. Les difficultés du service d'urgence se résument à l'accès facile des gardes malades dans le service, perturbant la quiétude des malades. Aussi, le personnel paramédical dudit service devra être recyclé car ils ne maîtrisent pas les protocoles de soins. Le manque de système d'oxygénation mural ne facilite pas la prise en charge des malades.

h- Service de Consultation

A l'hôpital de Papané les activités de la consultation sont centralisées, d'où le service de consultation animé par deux infirmiers. Ces derniers sollicitent le concours des médecins face à des cas compliqués. La difficulté majeure que rencontrent les agents est la non maîtrise des langues locales. Ainsi la confidentialité n'est pas respectée, ils ont recours à une tierce personne pour comprendre le malade.

Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique

A- Choix du problème à résoudre

1) Inventaire des éléments de l'état des lieux

Il s'agit ici de dénombrer les forces, opportunités, faiblesses et menaces

a- Les forces et opportunités

1. Bas niveau de pratiques parallèles (vente illicite de médicament, rançonnement des malades etc……)
2. 95% du personnel sont des contractuels de l'hôpital.
3. Fonctionnement effectif des organes de gestion (CA, CoDIR, CMC, Délégué du personnel) et leur participation à la gestion de l'hôpital
4. Régularité de la certification des états financiers par le commissaire aux comptes
5. Réseau aérien de communication et la gratuité de l'ambulance pour les urgences obstétricales
6. Parfaite collaboration entre l'hôpital, l' Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire et le Comité de Santé.

b- ***Les faiblesses et menaces.***

Au nombre des difficultés et problèmes, nous avons :

1. Méconnaissance de l'importance de l'accueil dans l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients à la maternité ;
2. Retard dans la prise en charge des malades ;
3. Retard dans la prise de décision ;
4. Non satisfaction des clients ;
5. Mauvaise gestion des examens des malades ;
6. Non respect des horaires de visite ;
7. Surcharge de travail ;
8. Déficit de communication entre le personnel soignant et les clients ;
9. Insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures ;
10. Non maîtrise des protocoles de soins ;
11. Infection post-opératoire élevée ;
12. Insuffisance des subventions de l'Etat ;
13. Non respect des engagements par certains partenaires ;
14. Lenteur dans la réalisation des activités des crédits délégués ;

2) Regroupement des problèmes spécifique par centre d'intérêt

Tableau N°2 : **Regroupement des problèmes spécifiques en des problématiques possibles**

N° d'ordre	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématique
1	Accueil des malades.	-méconnaissance de l'importance de l'accueil dans l'amélioration de la qualité de prise en charge des patientes à la maternité. -Retard dans la prise en charge des malades -Retard dans la prise de décision - Non satisfaction des clients	Mauvaise accueil	Problématique de l'amélioration de la qualité de l'accueil
2	Organisation interne des services	-Mauvaise gestion des examens des malades -non respect des horaires de visite. -déficit de communication entre le personnel soignant et les clients	Non optimisation de l'organisation interne des services.	Problématique de l'optimisation de l'organisation interne des services
3	Qualité des prestations hospitalières	-Infection post-opératoire élevée. - Non maîtrise des protocoles de soins -insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures.	Caractère non satisfaisant de la qualité des prestations	Problématique de la mise en œuvre de la démarche qualité.
4	Gestion administrative et financière	- insuffisance des subventions de l'Etat - non respect des engagements par certains partenaires. -lenteur dans la réalisation des activités des crédits délégués	Insuffisance de ressources	Problématique de l'accroissement des ressources de l'hôpital.

Source : Tableau conçu par l'étudiant

2. Spécification de la problématique choisie

Avant sa spécification, la problématique choisie sera reformulée pour donner le libellé exact du sujet objet de notre réflexion.

1) Choix de la problématique et formulation du sujet.

Des résultats de nos investigations effectuées au cours de notre stage à l'hôpital Saint Martin de Papané, il ressort des problèmes auxquels des approches de solutions devront être trouvées pour un bon fonctionnement de l'hôpital et une bonne coordination des activités.

Toutefois, notre réflexion sera orientée sur la question des moyens nécessaires pour la mise en oeuvre des processus qui concourent à la bonne qualité des prestations, mais aussi sur le rôle de l'administration hospitalière et les dimensions de la qualité en milieu hospitalier.

En effet toute entreprise qui offre des prestations de bonne qualité voit son image de marque rehaussée. Aussi "la réussite de l'entreprise dépend du niveau de satisfaction de ses clients, car un client satisfait rachète, s'exprime favorablement sur l'entreprise et reste la base de développement du marché de l'entreprise"[1] A l'hôpital, au delà de ces aspects, la qualité des prestations rassure le malade, le rend confiant, anticipe sa guérison et réduit ainsi les coûts à l'hôpital. La situation actuelle de l'hôpital Saint Martin telle que révélée par l'état des lieux ne permet pas encore d'offrir des prestations de qualité satisfaisante ; c'est pourquoi nous espérons contribuer à la résolution de ce problème en choisissant de réfléchir sur la problématique du **"BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE A L'HOPITAL SAINT MARTIN".**

Les problèmes spécifiques auxquels nous apporterons des approches de solutions dans notre réflexion sont :

- *Insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructure.*
- *Non maîtrise des protocoles de soins*
- *Risque d'infection post-opératoire élevé*

Nos travaux de réflexion ressortiront des approches de solutions pour l'amélioration de la qualité des prestations de l'hôpital Saint Martin.

[1] Kotler & Dubois ; 9ème édition page 83

2) <u>Spécification de la problématique.</u>

Comme énoncé dans l'historique, l'hôpital saint martin de Papané fut érigé en hôpital de première référence de la zone sanitaire de Tchaourou en 2000. Dès lors sa vision est **d'offrir aux populations des soins de qualité à un coût abordable.**

A cet effet pour une prise en charge correcte des patients il doit respecter les normes et standards surtout en matière de plateau technique, de ressources humaines et de protocole de prises en charge médicale. Ainsi dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, l'hôpital a été impliqué depuis 2003 dans plusieurs réseaux dans lesquels la compétence du personnel a été renforcée à travers les recyclages, séminaires et ateliers organisés par les partenaires. Aussi le plateau technique n'a cessé d'être renforcé. Un processus de prévention des infections nosocomiales a également démarré. Le désir d'apprécier tous les mécanismes, processus mis en œuvre depuis 2003 et de dégager l'enjeu pour l'avenir, justifie l'orientation de nos réflexions sur le thème : **" BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE A L'HOPITAL SAINT MARTIN".**

<u>SECTION</u> 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Dans cette section, notre travail se poursuivra selon la logique scientifique suivante : fixation des objectifs, formulation des hypothèses, élaboration du tableau de bord, revue de la littérature et le choix de la méthodologie.

<u>Paragraphe</u> 1 : Fixation des objectifs, formulation des hypothèses et revue de littérature

Toute bonne analyse est basée sur l'élaboration des objectifs, ce qui permet la formulation des hypothèses

A- Fixation des objectifs, formulation des hypothèses et revue de littérature

1) *Fixation des objectifs*

a- Objectif général

Contribuer à l'amélioration et au maintien des mécanismes de prise en charge des patients en vue d'offrir aux populations des prestations de qualité.

Les objectifs sont fixés en fonction des problèmes spécifiques identifiés.

b- Objectifs spécifiques

N°1 : Contribuer à la réduction des infections post-opératoires

N°2 : Contribuer à la maîtrise des protocoles de soins dans les services.

N°3 : Contribuer au renforcement du plateau technique.

2- Causes et hypothèses liées aux problèmes en résolution

Elles concernent essentiellement le niveau général et les niveaux spécifiques de l'analyse. Les c*auses et hypothèses* sont formulées à partir du problème général et des problèmes spécifiques identifiés.

- ***Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°1***

Concernant ce problème qui est le caractère élevé des infections post-opératoires, nous avons identifié trois causes possibles à savoir :

- La cohabitation des malades opérés avec ceux de la médecine.
- Le manque de formations continues.
- la multiplication microbienne dans les services.

D'abord, lorsque nous retenons la cohabitation des malades opérés avec ceux de la médecine, cette cause est loin d'être une réalité car les malades bien qu'étant dans une même salle ne partagent pas les lits. Les lits sont distants l'un de l'autre d'au moins un mètre (1m) et de deux mètres cinquante (2,5m) dans les salles "catégories". Lors des visites médicales, les médecins se lavent les mains entre deux malades. Le matériel utilisé pour le pansement des plaies opératoires est stérilise et individuel.

Ensuite le manque de formations continues nous semble expliquer le problème d'infection post-opératoire. Mais cette hypothèse ne nous paraît pas meilleure, car il est organisé à l'hôpital une fois par semaine un staff clinique. Au cours de ces

séances, des thèmes et cas de pathologies compliquées sont présentés. Les débats et les apports de chacun permettent d'harmoniser les pratiques de prise en charge des malades, d'introduire de nouvelles méthodes de travail. Ceci contribue en la mise à jour périodique du niveau du personnel soignant.

Enfin la multiplication microbienne dans les services nous semble être la cause la plus probante. Elle est due à l'absence de système adéquat d'évacuation de déchets biomédicaux, au mauvais entretien des surfaces (tables d'opération, tables d'accouchement) et matériel de travail.

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse comme suit :

La multiplication microbienne dans les services de l'hôpital est à la base des infections post-opératoires.

- ***Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°2***

Concernant la non maîtrise des protocoles de soins nous avons retenu deux causes :

- la surcharge de travail
- Le manque de recyclage du personnel

Suite aux observations de stage, nous avons constaté d'une part une surcharge de travail. Cette cause est loin de justifier la non maîtrise des protocoles de soins. Toutefois dans la pratique on assiste à l'omission de quelques gestes importants dans le processus de prise en charge des malades. Un seul agent est appelé à exécuter plusieurs tâches.

D'autre part, l'insuffisance et le manque de formations continues du personnel semblent être une cause pertinente quant à la non maîtrise des protocoles de soins. Avec le progrès technique et l'évolution des pratiques médicales, la formation continue s'avère nécessaire pour les acteurs de la santé. Car la qualité des prestations hospitalières à offrir aux malades en dépend. Il est important de mentionner que la Direction de l'hôpital en collaboration avec ses partenaires ne ménage aucun effort pour le renforcement régulier de la compétence du personnel. Mais force est de constater que l'instabilité dudit personnel ralentit les élans de la Direction.

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse comme suit :

L'insuffisance et le manque de recyclage du personnel instable entraîne la non maîtrise des protocole de soins.

- ***Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°3***

Après l'analyse du problème d'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures, nous avons identifié deux causes :

- non respect des engagements par certains partenaires.
- insuffisance de ressources financières.

Des observations de stage, nous avons remarqué un faible taux de réalisation du budget d'investissement. La source de financement du budget d'investissement est essentiellement extérieure. Certaines activités sont inscrites au budget d'une année n et la réalisation de leurs activités n'est parfois effective qu'en l'année n+ 1, 2 ou 3. Ceci à un impact négatif sur la qualité des prestations hospitalières. Car en attendant la réalisation des infrastructures ou la dotation en équipements, les normes et standard en matière d'infrastructures et équipements ne sont pas respectées. Les activités hospitalières sont réalisées avec les moyens disponibles.

Par ailleurs, l'insuffisance de ressources financières nous semble la cause la plus plausible en ce sens que la disponibilité de ressources propres suffisantes pourrait permettre de palier toutes ces difficultés. Mentionnons que la formation du personnel qualifié est prise en compte par les partenaires en raison de l'importance du coût de formation. Aujourd'hui la plupart des partenaires ne sont plus favorables à la prise en charge des coûts de formations de longues durées et les salaires du personnel.

Alors que le financement communautaire à l'hôpital de Papané est déjà presque asphyxié par la masse salariale. D'après le rapport d'activité[2] sur un effectif total de 63 agents, 58 ont émargé sur financement communautaire.

Nous pouvons formuler l'hypothèse comme suit :

L'insuffisance des ressources financières explique les difficultés de recrutement, limite les dépenses de constructions et d' approvisionnements en matériels et équipements à l'hôpital.

- ***Cause et hypothèse liées au problème général***

Les causes et hypothèses spécifiques n'étant rien d'autre que les manifestations de la cause et hypothèse générale, nous n'avons pas trouvé une cause générique centrale des causes spécifiques identifiées.

[2] Rapport d'activité 2005 HSM

Ceci étant, nous n'avons pas pu formuler une cause générale et par conséquent une hypothèse générale.

La problématique choisie, les problèmes scientifiques retenus, les objectifs poursuivis, les causes supposées se trouvant à la base des problématiques et les hypothèses de travail ci- dessus exposées peuvent être résumés dans le tableau de bord de l'étude réalisée ci-après.

Tableau N°3 : **Tableau de bord de l'étude**

NIVEAU D'ANALYSE	PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	CAUSES (SUPPOSEES)	HYPOTHESES
NIVEAU GENERAL	**Problème général** Caractère non satisfaisant de la qualité des prestations	**Objectif général** Contribuer à l'amélioration et au maintien des mécanismes de prise en charge des patients en vue d'offrir aux populations des prestations de qualité.	**Cause générale**	**Hypothèse générale**
NIVEAUX SPECIFIQUES	1 **Problème spécifique n°1** : Infection post-opératoire élevée.	**Objectif spécifique n°1** Contribuer à la réduction des infections post-opératoires	**Cause spécifique n°1** La multiplication microbienne dans les services	**Hypothèse spécifique n°1** La multiplication microbienne dans les services de l'hôpital est à la base des infections post-opératoires.
	2 **Problème spécifique n°2** : Non maîtrise des protocoles de soins	**Objectif spécifique n°2** Contribuer à la maîtrise des protocoles de soins dans les services.	**Cause spécifique n°2** Insuffisance et le manque de recyclage du personnel	**Hypothèse spécifique n°2** L'insuffisance et le manque de recyclage du personnel entraînent et la non maîtrise des protocoles de soins.
	3 **Problème spécifique n°3** Insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructure.	**Objectif spécifique n°3** Contribuer au renforcement du plateau technique	**Cause spécifique n°3** L'insuffisance des ressources financières	**Hypothèse spécifique n°3** L'insuffisance des ressources financières explique les difficultés de recrutement, limite dépenses de constructions et d'approvisionnements en matériels et équipements à l'hôpital.

Source : Tableau conçu par l'étudiant

B- Revue de la littérature

La revue documentaire nous a permis de cerner notre sujet et d'avoir une connaissance générale sur les diverses études qui ont été déjà menées dans ce domaine.

1) Notion sur la démarche qualité en milieu hospitalier.

a- Définition des concepts

Démarche qualité : démarche raisonnée et délibérée pour réaliser une tâche.[3]

Assurance qualité : ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité[4].

Qualité : ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Le terme n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif[5].

Infection nosocomiale : Infection contractée dans une structure de soins alors que le patient n'était ni en incubation ni porteur de dette infection au moment de son entrée.

Hygiène hospitalière : ensemble des procédures destinées à supprimer ou à limiter le nombre de micro-organismes en contact avec les patients, les matériels, ou les surfaces, ou encore ensemble des mesures prises pour que les actes des soignants n'entraînent pas d'infections nosocomiales.

b- Rôle de l'administration hôtelière:

L'installation et le bon fonctionnement des organes sont souhaités pour une bonne conduite du processus d'assurance qualité. Mais pour atteindre les objectifs ; c'est-à-dire produire des soins de qualité à coût de revient moindre, il faut l'adhésion totale du responsable de la structure et l'implication de tous les acteurs. Ainsi en prélude à la mise en œuvre de la démarche qualité, le responsable de structure doit veiller à la réalisation d'une enquête socio antropologique et d'un audit diagnostic en vue de mettre en relief les forces et faiblesses du système de management de l'institution. Aussi il doit créer une

---

[3] Durieux P. Guide des principaux terme : évaluation, qualité, sécurité. Médecine-Sciences Flammarion. 1997 ? 138 pages

[4] Fourcade A, Durieux P. La démarche qualité dans un établissement de santé. Les guides de l'APHP. Ed. Doin, Paris, 1997, 150pages

[5] Defourny V, Noyé D. le bon usage des mots de la qualité. Ed INSEP, 1998, 123 pages

cellule « Assurance Qualité », former le responsable, élaborer un programme Assurance Qualité suivant les recommandations de l'étude socio anthropologique et de l'audit diagnostique, restituer les rapports de l'étude socio anthropologique et de l'audit diagnostic à tous les animateurs de l'institution, mettre sur pieds un comité de contrôle de suivi de l'exécution du programme ou d'équipe Assurances qualité (AQ) dans chaque entité et l'institution et procéder périodiquement à l'évaluation.

Pour une mise en œuvre efficiente et réussie de la démarche qualité, les responsabilités [6] attribuées au leadership (Directeur, responsables de service…..) sont :

- élaborer et communiquer au personnel une vision de la qualité des soins soutenue par les valeurs fondamentales et les politiques qui guident l'élaboration de standards puis allouer des ressources pour mener à bien les activités d'assurance de la qualité,
- Se faire en permanence l'avocat de la qualité auprès des prestataires de santé, du personnel, des gestionnaires et des membres de la communauté,
- Créer une synergie entre les paroles et les actions dans le domaine de la qualité,
- Pratiquer et démontrer les quatre principes essentiels de la démarche qualité : se concentrer sur les clients, les systèmes et les processus, les décisions basées sur les données et le travail en équipe,
- Utiliser des stratégies de gestion du changement pour atténuer les résistances au changement qui sont inévitables lorsque l'on apporte des améliorations,
- Fournir des ressources pour les activités d'Assurances qualité,
- Veiller à ce que tous les gestionnaires intervenant dans le fonctionnement aient une connaissance pratique des approches d'Assurance qualité et démontrent leur attachement à la qualité des soins,
- Habiliter le personnel à faire des améliorations,
- Veiller à la valorisation du personnel pour renforcer les capacités d'Assurance qualité,
- Donner au personnel le temps de participer aux activités d'Assurance Qualité ou inclure l'Assurance qualité dans toutes les descriptions de poste.

[6] Projet d'Assurance de Qualité. Pérenniser la qualité des soins de santé : l'institutionnalisation de l'Assurance de Qualité. Septembre 2002, 16 pages

Le responsable doit préciser sa vision orientée soit vers la certification, l'accréditation ou la simple satisfaction des clients.

2- Contribution des auteurs aux problèmes identifiés

a- Contribution au problème général : mise en œuvre de la démarche qualité

Dans le souci d'assurer la santé pour tous, les débats sont orientés souvent vers le financement des services de santé, l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé. Mais malgré ces efforts, les dépenses effectuées par les populations pauvres sont en progression, car les pratiques courantes des prestations de soins et de services ne garantissent pas la qualité desdites prestations. Aussi ces pratiques hospitalières exposent les usagers du secteur à des risques importants de contamination du fait de l'environnement physique malsain, de certaines coutumes, du recours aux gardes malades, des gestes techniques inappropriés et de l'usage non codifié des antibactériens.

Les autorités sanitaires ayant pris conscience de la défectuosité de la qualité des soins et des services, les premières actions sont relatives à la réglementation du domaine à travers les décrets :

- N° 2002-484 du 15 novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin.
- N° 2006-087 du 08 Mars 2006 portant approbation du document de politique nationale d'hygiène hospitalière en République du Bénin.

Les textes ci-dessus évoqués prévoient les règles d'hygiène en milieu hospitalier. Mais outre ces règles d'hygiène, la philosophie de l'assurance qualité est basée sur quatre principes[7] dont le respect renforce les relations interpersonnelles, développe l'esprit du travail en équipe, permet la maîtrise des systèmes, des processus et des prises de décisions objectives. En d'autres termes le respect des principes de l'assurance qualité consiste à mettre l'accent sur :

Le système et les processus

Une amélioration de la qualité suppose la compréhension et la maîtrise des processus du travail et de changement qui se produisent au sein du système.

[7] Formation des AS en assurance qualité. Module II : Introduction à l'AQ, 5 Pages

Les clients

Les besoins et attentes des clients sont les moteurs de la planification et de l'exécution des activités. Pour améliorer la qualité des prestations à offrir aux clients, il faut les connaître et connaître leurs besoins.

Les décisions basées sur les données

L'amélioration d'un processus nécessite une information sur le fonctionnement de ce processus. Il ne suffit pas de baser les décisions sur des instincts, mais sur de données précises et opportunes autant que possible.

Le travail en équipe et la participation de tous

L'assurance de la qualité exige que l'on donne aux travailleurs le pouvoir d'améliorer les processus et les systèmes de qualité. Ceux qui font le travail quotidiennement ont la capacité d'identifier l'endroit où le processus fonctionne mal, où se trouvent les problèmes, et quelles sont les solutions possibles pour résoudre les problèmes.

A l'hôpital les dimensions de la qualité sont diverses. Ainsi le responsable de la structure a la latitude de choisir la ou les dimensions dans lesquelles la mise en œuvre de la démarche qualité sera entreprise.

Au nombre de ces dimensions, nous avons :

Compétence professionnelle : Cette dimension inclut les méthodes des services cliniques, tant sur le plan du diagnostic que du traitement et les services non cliniques, telles que les relations entre malade et soignant. C'est le savoir (connaissances techniques) et le savoir faire (gestes techniques)

Performance technique : la performance est ce que le professionnel de santé fait en situation de travail réelle. Elle ne doit pas être confondue avec la compétence professionnelle.

Efficacité : L'efficacité représente le résultat global du soin fourni et, de ce fait, c'est la résultante des autres dimensions.

Innocuité : l'innocuité consiste à diminuer les risques de blessures, d'infections, d'effets secondaires nuisibles ou autres dangers pouvant être liés à la prestation de service.

Accessibilité : l'accès aux services de santé se traduit par l'absence de barrière de toutes sortes : géographiques, financières, sociales, culturelles, linguistiques.

Relations interpersonnelles : c'est l'ensemble des interactions entre le client et le prestataire de soins, les gestionnaires et les agents de santé, et la communauté.

Continuité : la continuité signifie que le client peut recevoir une gamme complète de service de santé dont il a besoin sans interruption, sans cessation ou répétition inutile des examens, du diagnostic ou du traitement.

Couverture et l'utilisation : le degré avec lequel la population cible reçoit un service de santé spécifique ou utilise les structures de santé est une caractéristique de la qualité du système de santé, fortement influencée par la qualité de l'organisation des services et des soins qui sont fournis.

Choix des services : c'est l'existence d'alternative en réponse à un problème de santé ou à une prestation de soins préventifs.

Infrastructures physiques et confort : certains aspects des services de santé ne se rapportent pas directement à l'efficacité clinique mais influencent la satisfaction du client. Ces aspects concernent l'apparence des services (propreté de la cour, des murs, ombrage), du personnel (tenue des blouses confort de l'accueil) et du matériel (chaises, banc, balances, etc.) ainsi que le confort physique, la propreté et le caractère privé des lieux.

Dans une entreprise, la gestion assurance qualité permet d'améliorer de façon continue les pratiques. Dans cette amélioration, l'entreprise gagne car le coût de production de ses articles baisse et leur qualité est satisfaisante. Le tableau suivant nous permettra de découvrir quelques avantages de la gestion du programme d'assurance qualité.

Tableau N°4 : Tableau comparatif de la gestion traditionnelle et Assurance qualité.

Domaines	Gestion traditionnelle	Gestion Assurance qualité
Normes de qualité	La qualité est basée sur les objectifs d'un programme qui sont périodiquement vérifiés.	La qualité est définie par les besoins et attentes des clients. Son monitorage est intégré dans le processus de travail.
Résolution des problèmes	Les dirigeants et les spécialistes résolvent les problèmes et prennent les décisions	Les problèmes sont résolus et les décisions prises en collaboration avec le personnel à partir de données fiables.
Processus d'amélioration	Amélioration à court terme déclenché souvent comme une réaction à une situation de crise.	Amélioration graduelle et continue couvrant toutes les fonctions.
Clients du programme	Les clients ne sont généralement pas consultés.	Les clients sont considérés comme des partenaires et consultés régulièrement.
Environnement de travail	Le personnel travaille individuellement.	Le personnel travaille en équipe.
Reconnaissance de la performance	L'autorité est encouragée	Les problèmes viennent de la complexité du processus et des systèmes
Source de problèmes	Les problèmes viennent des gens.	Les capacités sont encouragées.
Style de supervision	Contrôle et dirige le personnel	Encourage le personnel à prendre des initiatives
Perspective financière	La qualité coûte cher	La qualité permet d'économiser.

Source : Formation des AS en Assurance qualité. Module II : Introduction à l'assurance qualité

b- Contribution aux problèmes spécifiques

Introduction des pratiques d'hygiène hospitalière pour réduire le risque d'infection post-opératoire.

- L'hygiène hospitalière étant l'élément fondamental de la réduction des infections nosocomiales et par conséquent de la qualité des soins, la politique nationale d'hygiène hospitalière a prévu des organes décisionnels et opérationnels en matière d'hygiène hospitalière. Il s'agit de :

- Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) qui a pour mission de :
  - orienter les actions en matière d'hygiène dans l'établissement de santé sur la base de la politique nationale d'hygiène hospitalière ;
  - élaborer la politique en matière d'hygiène hospitalière de l'établissement de santé sur la base de l'orientation de la politique nationale d'hygiène hospitalière ;
  - élaborer la politique d'approvisionnement et d'utilisation des antibactériens ;
  - orienter sur la mise en place des barrières d'hygiène hospitalière
- la Coordination des Comités de lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) dont la mission est de
  - faire appliquer au niveau régional la politique nationale d'hygiène hospitalière
  - Coordonner les activités de tous les CLIN impliqués dans ce regroupement
  - Donner des orientations pour toutes les interventions d'hygiène hospitalière.
- Comité Technique National d'hygiène hospitalière (CTNHH), chargé de :
  - Définir les axes stratégiques d'orientation à partir de la politique Nationale en matière hospitalière
  - Coordonner les activités des CCLIN.

En outre, spécifiquement dans les hôpitaux de zone, une unité d'hygiène hospitalière (UHH) et une équipe hygiène hospitalière doivent être installées (EHH). L'UHH veille à l'application des directives du CLIN et évalue les mesures d'hygiène hospitalière. Quant à l'EHH, elle assure le relais des actions pilotées par l'unité d'hygiène hospitalière.

Notons par ailleurs que le Comité d'hygiène et de sécurité, un organe de gestion prévu par le code de travail, participe aux activités d'hygiène hospitalière.

Une fois les différents organes installés et fonctionnels, le deuxième élément fondamental qui concourt à la qualité des prestations hospitalières ; ce sont les gestes et comportements des agents de santé. Ainsi des processus sont élaborés pour assurer la prévention et canaliser certaines activités. Il s'agit des processus de :

- lavage mains
- Désinfection
- Stérilisation
- Gestion des déchets biomédicaux
- Prise en charge per opératoire (rasage, bain avant opération désinfection du site opératoire……..)

La description de tous ces processus se trouve en annexe.

- Garantir l'utilisation parfaite des protocoles de soins pour aborder le problème de non maîtrise des protocoles de soins.

La non maîtrise des protocoles de soins est un phénomène qui affecte la qualité de prise en charge des patients. Cette situation pourrait être corrigée par les formations continues organisées à l'endroit des agents, les supervisions formatives, les contrôles, les staffs cliniques, rencontres cliniques et les voyages d'échange entre Hôpitaux.

- tendre aux normes et standard en matière de ressources humaines, infrastructures et équipements

Comme dans toute entreprise, les moyens conditionnent toujours la qualité des biens produits. A l'hôpital, ceci est plus remarquable car la disponibilité en nombre et en quantité suffisante des moyens (humains et matériel) rend la prise en charge efficace et efficiente. Ainsi pour assurer cette disponibilité, il faut développer des stratégies pour la mobilisation des ressources, le partenariat et des stratégies pour les adhésions aux mutuelles de santé.

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude

A- Approches théoriques retenues

A chaque problème spécifique, correspondra une approche théorique.

1) Approche théorique liée aux infections post-opératoires

a- Normes d'amélioration

Les infections nosocomiales ont des effets néfastes sur les malades, les professionnels de la santé et les formations sanitaires au regard des surcoûts (financiers, moraux, temporels et matériels) qu'elles engendrent. Ainsi de façon spécifique, la réduction des infections post-opératoires nous amène à retenir l'approche basée sur l'hygiène hospitalière qu'a développé la Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière.

b- Outils d'analyse de données : seuil de décision.

Les outils d'investigations on été adressés aux responsables de l'administration de l'hôpital. Les causes réelles du problème abordé seront des réponses obtenues de la majorité des personnes rencontrées lors de nos entretiens.

2- Approche théorique liée à la non maîtrise des protocoles de soins.

a- Normes d'amélioration

L'une des dimensions de la qualité en milieu hospitalier est la compétence professionnelle selon laquelle le savoir (connaissances techniques) et le savoir faire (gestes techniques) s'avèrent indispensables pour l'agent de santé pour être efficace à son poste. A ce titre la description de cette dimension faite dans le document du Projet d'Assurance Qualité, Pérenniser la qualité des soins de santé révèle la nécessité de renforcer régulièrement la compétence du personnel.

b- Outils d'analyse de données : seuil de décision.

Ici seront retenues les causes réelles, les réponses identiques obtenues auprès de la majorité des responsables de pavillons.

3- Approche théorique liée à insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructure.

a- *Normes d'amélioration*

La qualité des soins dépend de l'effectif du personnel qualifié et du niveau du plateau technique. Ainsi, nous retiendrons l'approche basée sur le niveau minimal du plateau technique[8] qu'a développé Fourcade A et Durieux P. dans leur ouvrage La démarche qualité dans un établissement de santé.

b- Outils d'analyse des données : seuil de décision

A ce niveau, seront retenues comme causes réelles, les réponses identiques obtenues auprès de la majorité des responsables rencontrés.

B- Approche empirique.

La dimension empirique de l'analyse regroupe les outils de préparation, de réalisation et la présentation des données.

Ainsi nous présenterons successivement les buts visés par notre enquête, la population cible et le type d'échantillon retenu, les données et les limites de ces données.

1) Buts visés par l'enquête et choix de la population cible.

a- But de l'enquête

L'enquête vise à vérifier les hypothèses que nous avons formulées au cours de nos recherches. D'une manière spécifique, elle permet de constater d'une part, si la multiplication microbienne dans les services de l'hôpital est à la base des infections post-opératoires, si l'insuffisance et le manque de recyclage du personnel entraînent la non maîtrise des protocoles de soins d'autre part si l'insuffisance des ressources financières engendre l'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures.

[8] Fourcade A, Durieux P. La démarche qualité dans un établissement de santé. Les guides de l'AP-HP.Ed ;Doin, Paris,1997, 150 pages

b- Identification de la population cible et nature de l'enquête.

Deux types d'enquête ont été réalisés dans le cadre de notre étude ; une interne et l'autre externe à la structure d'accueil.

L'enquête externe a porté sur une population cible composée de personnes ressources.

L'enquête interne a été orientée vers les responsables de l'administration et de pavillons.

2) Du ciblage de l'échantillonnage à la présentation des données.

a- Echantillonnage

Nos entretiens ont été réalisés avec les responsables de l'administration, des pavillons, et quelques personnes ressources.

Il convient de mentionner que le guide d'entretien nous a permis d'obtenir des informations sur les problèmes qui demeurent malgré la mise en œuvre de la démarche qualité, les causes desdits problèmes et les résultats selon les dimensions de la qualité abordées à l'hôpital Saint Martin.

b- Outils de présentation des données

La vérification des hypothèses liées aux problèmes spécifiques supra évoqués sera réalisée à travers nos appréciations des réponses issues des entretiens avec les responsables de l'administration, les responsables de pavillons.

Dans le prochain chapitre, nous nous présenterons la collecte des données, puis à l'analyse du diagnostic.

A travers le développement de ce chapitre, nous allons mettre en exergue les différentes étapes ; de l'organisation de la collecte jusqu'à l'établissement du diagnostic.

CHAPITRE 1 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNES : BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE.

SECTION 1: COLLECTE ET PRESENTATION DES DONNEES

La préparation, la réalisation de la collecte et la présentation des données constituent le contenu de cette section. Notons que l'exécution de toutes ces tâches n'est pas sans difficultés.

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte

A- Préparation de la collecte

Nos enquêtes ont été réalisées sur la base d'un guide d'entretien. Il a été adressé aux responsables de l'administration et aux responsables de pavillons.

B- Réalisation de la collecte

Nous nous sommes rapprochés des responsables de l'administration, des pavillons et des personnes ressources.

Paragraphe 2 : Présentation et limites des données.

Les données seront présentées selon les problèmes spécifiques.

A- Présentation des données colletées

1) Présentation des données relatives aux infections post-opératoire.

Dans l'état des lieux de base, nous avons constaté que la fréquence des infections post-opératoires est un facteur qui témoigne de la mauvaise qualité des soins.

L'entretien réalisé auprès des responsables de pavillons et leurs collaborateurs aux fins de vérifier la véracité de ce phénomène et l'évolution du taux d'infection post- opératoire depuis 2003 se présente comme suit : (voir question n°1 et n°2 du guide d'entretien)

Tableau N°5 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°1

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative %
La cohabitation des malades opérés avec ceux de la médecine.	3	23,07%
L'insuffisance/manque de formations continues	0	0%
la multiplication microbienne dans les services.	10	76,93%
Total ……	**13**	**100%**

Source : Résultats de nos entretiens

Tableau N°6 : Evolution du taux d'infection post-opératoire.

Désignation	**Année**			
	Taux de départ Janvier 2003	**2003**	**2004**	**2005**
Taux d'infection post-opératoire	27,3%	8,4%	6,32	3,46%

Source : Rapport d'activité HSM, 2003, 2004 et 2005

A la lecture du tableau n°6, nous constatons que le taux d'infection post-opératoire a connu une baisse constante, il est passé de 27,3% en 2003 à 3,46% en 2005. Cette tendance du taux infection d'infection post-opératoire reflète l'impact de l'application des mesures d'hygiène hospitalière à l'Hôpital Saint Martin.

2) **Présentation des données relatives à la non maîtrise des protocoles de soins.**

Des observations de stage, nous avons aussi remarqué que la non maîtrise des protocoles de soins a un impact négatif sur la qualité de prise en charge des patients.

L'entretien réalisé se présente comme suit : (voir question n°3, n°4 et n°5 du guide d'entretien)

Tableau N°7 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°2

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative %
la surcharge de travail .	5	38,46%
L'insuffisance/manque de recyclage du personnel	8	61,54%
Total **.....**	**13**	**100%**

Source : Résultats de nos entretiens

La question n°4 nous a renseigné sur le nombre d'agent dont la compétence professionnelle a été renforcée. Presque tous les agents ont été recyclés ou formés aux nouvelles méthodes de prise en charge. Mais compte tenu de l'instabilité du personnel, seul dans le service de maternité, le personnel formé est disponible à cent pour cent. Le tableau suivant montre les résultats de leurs prestations.

Tableau N°8 : Evolution du taux de mortalité maternelle.

Désignation	**Année**		
	2003	**2004**	**2005**
Taux de mortalité maternelle	2,26%	0,76%	0,65%

Source : Rapport d'activité HSM, 2003, 2004 et 2005

Du tableau N°8, on constate que la mortalité maternelle a diminué. Ceci est dû aux efforts consentis dans la formation du personnel et le renforcement du plateau technique.

3) **Présentation des données relatives à l'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures.**

Nos observations de stage ont révélé que l'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures ne permet pas une prise en charge correcte et complète des patients.

De l'entretien réalisé avec les responsables de l'administration, il ressort les résultats suivants consignés dans le tableau ci-après. (Voir question n°7 du guide d'entretien)

Tableau N°9 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°3

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Non respect des engagements par certains partenaires.	0	0%
Insuffisance de ressources financières.	2	100%
Total ……	**2**	**100%**

Source : Résultats de nos entretiens

Mentionnons que depuis 2003, en dépit de l'insuffisance de ressources financières le plateau technique ne cesse d'être renforcé.

Tableau N°10 : Evolution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital.

Désignation	Année		
	2003	2004	2005
Durée moyenne de séjour	7,22 Jours	7,69 Jours	5,88 Jours

Source : Rapport d'activité HSM, 2003, 2004 et 2005

Le séjour des malades à l'hôpital s'est réduit de sept (7) à six (6) jours environ. Cette fluctuation avantage non seulement les patients mais aussi l'hôpital. Car au regard des coûts temporels, matériels, financiers et moraux, les deux parties sortent gagnantes.

Tableau N° 11 Niveau de satisfaction des clients de l'hôpital Saint Martin

Les facteurs de satisfaction	Clients ambulatoires	Clients hospitalisés	Niveau moyen de satisfaction de tous les clients
Accueil	76,3%	77,4%	**76,8%**
Prise en charge	77,7%	78,8%	**78,2%**
Conditions de Séjour	-	78,7%	**78,7%**
Niveau moyen de satisfaction générale	**77%**	**78%**	**77,5%**

Source : Rapport de l'évaluation de la satisfaction des clients externes à l'HSM-P Août 2005

L'enquête de satisfaction des clients a révélé qu'en moyenne 77% des clients ambulatoires et 78% de ceux hospitalisés sont satisfaits des prestations de soins de l'hôpital Saint Martin. Le niveau de satisfaction de tous les clients est de 77,5%. Ce taux de satisfaction des clients est le résultat de la réalisation des activités prévues dans le cadre de la démarche qualité.

Au-delà des documents lus, les renseignements recueillis auprès de certaines personnes ressources du domaine hospitalier ont été enrichissants pour notre travail.

B- Limite des données

Nous avons bénéficié dans l'ensemble d'un accueil chaleureux, du soutien et de la collaboration des personnes rencontrées très intéssées par le sujet de nos investigations.

Cependant nos recherches n'ont pas été passées sans peines, nous pouvons citer entre autres

- le manque de disponibilité de certains agents dû à des séances de recyclages pendant la période de nos recherches
- les moyens financiers, les frais de collecte de données étaient à notre charge, ceci a constitué à des étapes décisives, un obstacle pour le bon déroulement du travail. Toutefois notre volonté à continuer la réflexion a prévalu et nous avons été réconforté par l'intérêt certain du sujet.
- Dans l'administration nous avons pu rencontrer que deux personnes (le Directeur et le chef service des affaires financières).

SECTION 2 : VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC.

Cette section a permis d'abord d'analyser les facteurs de rétention des hypothèses formulées ensuite d'établir les éléments de diagnostic enfin d'apprécier l'impact de la mise en œuvre de la démarche qualité sur les activités cliniques.

Paragraphe 1 : Analyse des données et vérification des hypothèses.

Avant de passer à la vérification des hypothèses, nous mettrons d'abord l'accent sur les facteurs qui nous permettront de retenir ces dernières.

A- Analyse des facteurs de rétention des hypothèses spécifiques

Nous en avons retenu trois (03) à savoir :

1) <u>Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°1</u>

Suite à nos entretiens, les raisons des infections post-opératoires étaient :

- La cohabitation des malades opérés avec ceux de la médecine : toute structure dont le souci est de réduire considérablement les infections post-opératoires doit veiller au respect des normes et standard en matière de plateau technique. Autrement dit chaque service doit avoir son pavillon d'hospitalisation. De plus les lits d'hospitalisation doivent être séparés l'un de l'autre à une distance raisonnable.
- la multiplication microbienne dans les services : la multiplication microbienne est un phénomène à éviter. Pour ce faire les responsables hospitaliers doivent veiller et être rigoureux quant au respect des règles d'hygiène hospitalière.

Il ressort du tableau n°4 que dix (10) personnes soit 76,93% ont retenu la multiplication microbienne dans les services comme étant la cause des infections post-opératoires et trois (3) personnes soit une fréquence de 23,07% qui retiennent la cohabitation des malades opérés avec ceux de la médecine.

A la lecture du tableau n°5, nous avons constaté que le taux d'infection post-opératoire est en diminution, il est passé de 27,3% au départ à 3,46% en 2005. Nous avons voulu vérifier que les variations du taux d'infection post-opératoire sont liées à la mise en œuvre de la démarche qualité et non à d'autres raisons.

2) <u>Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°2</u>

Deux raisons justifient la non maîtrise des protocoles de soins :

- la surcharge de travail : la surcharge de travail rend inefficace l'homme au travail. Dans les formations sanitaires, l'effectif du personnel devrait être suffisant de manière à permettre à chaque agent d'effectuer la masse d'heures de travail prévue par le code de travail. Ceci pour garantir une bonne surveillance des malades et éviter des erreurs dans l'application des prescriptions qui concourent à la prise en charge correcte des patients.
- Le manque de recyclage du personnel : une autre source de la non maîtrise selon les responsables, est sans doute l'insuffisance et le manque de recyclage du personnel. Un accent particulier doit être mis sur la remise à niveau périodique du personnel afin de permettre aux agents de s'adapter

aux nombreuses nouvelles méthodes de travail et d'améliorer la qualité des prestations offertes aux malades.

Du tableau n°6 il ressort que huit (8) personnes soit 61,54% ont retenu l'insuffisance et le manque de recyclage comme la cause de la non maîtrise des protocoles de soins tandis que cinq (5) retiennent la surcharge de travail.

Le renforcement de la compétence professionnelle du personnel de la maternité a permis une forte diminution de la mortalité maternelle à l'hôpital Saint Martin. Le taux de mortalité maternelle est passé de 2,26% en 2003 à 0,65% en 2005. La mise en œuvre de la démarche qualité a permis d'améliorer des indicateurs hospitaliers sensibles.

3) Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°3

Les données du tableau n°8 révèlent que les responsables de l'administration estime que l'insuffisance de ressources financières est la cause du problème évoqué à ce niveau.

Du tableau n°9 il ressort une légère augmentation de la durée moyenne de séjour de 2003 à 2004 tandis qu' en 2005 on remarque une baisse de 1,81 soit une durée moyenne de séjour de 5,88 jours.

B- Conclusions retenues par rapport aux vérifications des hypothèses spécifiques

1) Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°1

En rapprochant les données recueillies au cours de notre enquête, il est remarqué que la cause la plus évidente et réelle est la multiplication microbienne dans les services car 76,93% des personnes rencontrées ont évoqué cette cause.

La majorité ayant retenu comme cause, la multiplication microbienne dans les services, il s'ensuit que l'hypothèse spécifique n°1 relative aux infections post-opératoires émises plus haut est vérifiée.

2) Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°2

De nos analyses par rapport au problème de la non maîtrise des protocoles de soins, il ressort que 61,54% des personnes rencontrées retiennent l'insuffisance et le manque de recyclage du personnel comme cause dudit problème.

La majorité ayant retenu l'insuffisance/manque de recyclage du personnel comme le mobile principal de la non maîtrise des protocoles de soins, il en résulte que l'hypothèse liée au problème spécifique n°2 est vérifiée.

3) Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°3

Des résultats de nos entretiens, il découle que 100% des enquêtés ont retenu l'insuffisance des ressources comme étant à la base du problème spécifique n°3 sus évoqué. Cette cause ayant été retenue par la totalité des personnes rencontrées, il s'ensuit que cette hypothèse est vérifiée.

Par ailleurs des résultats de notre collecte des données relatives à la mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital Saint Martin de Papané, on note une amélioration considérable des indicateurs hospitaliers recensés. Ces indicateurs, compte tenu de leur sensibilité, témoigne de la bonne qualité des prestations hospitalières. En trois ans, grâce à la rigueur dans le respect des pratiques d'hygiène hospitalière, au renforcement de la compétence du personnel et du plateau technique, le taux d'infection post-opératoire est passé de 27,3% à 3,46% ; le taux de mortalité maternelle de 2,26% à 0,65% et la durée moyenne de séjour de 7,22 à 5,88 jours. Ces performances sont à améliorer et à maintenir pour le bien être des populations et l'intérêt de l'hôpital. En effet avec l'introduction de la démarche qualité,

- L'hôpital économise, car un malade admis, guérit vite et sort plus tôt. Ainsi il coûte moins cher à l'hôpital.
- Les indicateurs sont améliorés, ceci permet aux gestionnaires de faire des plaidoyers avec des résultats (Indicateurs) qui rassurent les partenaires.
- La fréquentation de l'hôpital augmente, car les malades sont attirés par la qualité des prestations hospitalières.
- L'image de marque de l'hôpital est rehaussée.

Nos propositions d'approche de solutions aux problèmes qui demeurent, malgré la mise en œuvre de la démarche qualité contribueront à la pérennisation de ces acquis.

Paragraphe 2 : Diagnostic établi (contenu et limite)

A- Contenu du diagnostic

1) Elément de diagnostic n°1

Les infections post-opératoires sont dues à la multiplication microbienne dans les services.

2) Elément de diagnostic n°2

L'insuffisance ou le manque de recyclage du personnel est à la base de la non maîtrise des protocole de soins.

3) Elément de diagnostic n° 3

L'insuffisance des ressources financières explique les difficultés de recrutement, limite les possibilités de constructions et d'approvisionnements en matériels et équipements à l'hôpital.

B- Limite du diagnostic.

Outre les causes réelles de l'ensemble des problèmes spécifiques énumérés, il existe encore d'autres qui sont à la base desdits problèmes. Nous pouvons citer entre autres :

- Le retard dans la prise en charge des malades.
- La prise en charge incomplète des malades due à l'insuffisance de matériel.
- La méconnaissance de l'importance de l'accueil dans l'amélioration de la qualité de prise en charge des patientes.
- La non satisfaction des clients due à une mauvaise organisation du service.
- Le déficit de communication entre le personnel soignant et les patients
- La défaillance de la communication interpersonnelle

A travers les causes ci-dessus énumérées, nous constatons que l'assurance qualité n'élimine pas tous les problèmes et conflits habituels, et les changements ne sont pas systématiques.

CHAPITRE 2 : LA DEMARCHE QUALITE A L'HÔPITAL SAINT MARTIN DE PAPANE : PERENNITE

SECTION 1 : APPROCHES DE SOLUTIONS

A terme, tout travail de recherche devra aboutir à des propositions d'approche de solutions pour palier les diverses insuffisances constatées lors des investigations. Ainsi à travers nos approches de solutions et perspectives, nous nous évertuerons à contribuer à l'amélioration et au maintient des nouvelles pratiques introduites à l'hôpital Saint Martin de Papané dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche qualité.

Paragraphe 1 : Approche de solutions aux problèmes spécifiques.

A- Approche de solutions relatives au problèmes spécifique n°1 : infections post- opératoires élevées.

Du diagnostic établi ci-dessus, il découle que les infections post-opératoires sont dues à la multiplication microbienne dans les services. Outre la rigueur dans le respect strict des pratiques d'hygiène hospitalière, il faut le suivi des activités, des contrôles inopinés fréquents et la motivation du personnel dévoué pour les tâches liées à la mise en œuvre de la démarche qualité. Car l'assurance qualité prend du temps pour obtenir des changements systématiques.

B- Approche de solutions aux problèmes spécifiques n°2 et n°3

1) Solutions au problème spécifique n°2 : non maîtrise des protocoles de soins

L'insuffisance et le manque de recyclage sont à la base de la non maîtrise des protocoles de soins pour ce faire, il est nécessaire d'élaborer un plan de formation du personnel et de respecter les programmations au cours de l'exécution. Ce document représente un instrument efficace de la gestion prévisionnelle des ressources humaines. Autre disposition à prendre est d'offrir aux agents des conditions de travail et de vie meilleure afin de maintenir les agents au poste le plus longtemps possible. Aussi l'administration peut acquérir

des documents et faire des abonnements à des revues et périodiques pour permettre au personnel de lire et de s'autoformer.

2) Solutions aux problèmes spécifiques n°3 : l'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures.

Le diagnostique établi révèle que l'insuffisance des ressources financières explique l'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures observée dans les services de l'hôpital. Ainsi pour palier ces difficultés, il faut négocier l'augmentation des enveloppes budgétaires et des subventions de l'Etat. De plus le développement du partenariat avec les mutuelles de santé, la mise en place d'un système efficace de recouvrement des créances, l'élaboration d'une politique de recrutement du personnel qualifié sont autant de solutions au problème spécifique n°3.

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre.

Dans cette section, nous proposerons des mesures pour une mise en œuvre efficiente des approches de solutions que nous avons préconisées.

A- Conditions de mise en œuvre relatives au problème spécifique n°1

Le respect des règles d'hygiène hospitalière étant la mesure la plus importante pour éradiquer ou réduire au maximum la multiplication microbienne, principal vecteur des infections post-opératoires, un accent particulier doit être mis sur l'application et le respect strict des dispositions de la Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière. Aussi faudra-t-il former le personnel et veiller à l'application rigoureuse des protocoles, notamment :

c- le protocole de lavage antiseptique des mains
d- le protocole de préparation cutanée du site opératoire
e- le protocole de nettoyage du matériel de soins et des instruments chirurgicaux

f- le protocole de décontamination du matériel de soins et des instruments chirurgicaux
g- le protocole d'entretien et de désinfection des locaux du service de chirurgie et du bloc opératoire
h- le protocole de stérilisation à la chaleur sèche (poupinel)
i- le protocole de stérilisation à la vapeur d'eau (Autoclave).
j- Le protocole de lavage chirurgical des mains.
k- Le protocole de lavage simple des mains.

Outre ces protocoles, il faut une discipline en salle d'opération pour la maîtrise des risques infectieux liés à l'aérobiocontamination. A titre d'exemple un médecin ne doit pas sortir du bloc entre deux interventions chirurgicales, l'aide soignant doit éviter le contact avec l'extérieur au cours d'une intervention chirurgicale, etc….

Par ailleurs, les organes décisionnels et opérationnels doivent être installés et rendus fonctionnels. Car avec ces organes du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), de l'Unité d'Hygiène Hospitalière (UHH), de l'Equipe d'Hygiène Hospitalière (EHH) et du Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS), à l'hôpital de zone, l'élaboration de la politique de la formation sanitaire en matière d'hygiène hospitalière, la réalisation des activités relatives à ladite politique, le suivi-évaluaton et le contrôle seront assurés. De plus, il est nécessaire de partager avec le personnel soignant l'importance de l'entretien biomédical et d'organiser régulièrement des contrôles inopinés et des supervisions formatives pour relancer les activités ou apporter des mesures correctives là où il le faut. Mentionnons que la volonté manifeste du responsable de la formation sanitaire constitue un préalable pour le succès de toutes les opérations ci-dessus énumérées.

B- Conditions de mise en œuvre relatives aux problèmes spécifiques n°2 et n°3

1) Conditions de mise en œuvre relatives au problème spécifique n°2

La solution préconisée pour garantir la maîtrise des protocoles de soins par le personnel est le renforcement de la compétence professionnelle du personnel à

travers les séances de recyclages et de formation. L'occasion pour l'administration hospitalière de mobiliser des ressources financières pour la mise en œuvre du plan de formation. Le plan de formation, comme l'instrument d'amélioration de la compétence du personnel doit tenir compte nécessairement des besoins de formation identifiés préalablement.

2) Conditions de mise en œuvre relatives au problème spécifique n°3

L'objectif ici est de renforcer le plateau technique et de disposer de personnel qualifié pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Pour ce faire, les gestionnaires du centre doivent d'abord mettre en place des stratégies afin d'accroître la participation communautaire avant de penser aux apports extérieurs. Ainsi dans son mémoire de fin de formation à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature Cazassus Médard KOUYE nous propose la sensibilisation[9] de la population à l'utilisation des centres de santé et à l'adhésion aux mutuelles de santé. Aussi, a suggéré l'amélioration de l'accueil qui contribuerait à l'accroissement du taux de fréquentation de l'hôpital et par conséquent la participation communautaire. Par ailleurs il faut une transparence au niveau du circuit de recouvrement des créances et des contrôles inopinés fréquents de la régie des recettes et des avances.

SECTION 2 : PERENNITE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE

Dans cette section nous suggérerons des mesures que doivent prendre les gestionnaires hospitaliers et les comportements des prestataires de soins vis-à-vis des malades et par rapport aux actes de soins pour la pérennisation des acquis de la démarche qualité.

[9] KOUYE Médard Cazassus. (2006) La problématique de financement des hôpitaux de zone après projet : cas de l'hôpital de zone de Comé. Mémoire de fin de cycle I : AHUI ; ENAM ; 49 Pages.

Paragraphe1 : Recommandations à l'endroit des gestionnaires.

En général le souci du gestionnaire est souvent concentré sur la compétence, la performance de son personnel et l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Ces différentes dimensions sont toutes pertinentes, mais ne sont pas contradictoires. Une approche assurance qualité cherchera à comprendre les perspectives des différents clients du système de santé afin de permettre une bonne compréhension et une interprétation des différents points de vue et à faciliter le dialogue et la mesure des progrès.

Par ailleurs, à l'hôpital Saint Martin, compte tenu des résultats atteints en trois années de mise en œuvre de la démarche qualité, nous suggérons aux gestionnaires de :

- définir des stratégies pour la mobilisation de ressources nécessaires et la continuation des activités de l'assurance qualité,
- continuer le renforcement de la compétence du personnel et du plateau technique,
- améliorer le circuit de communication,
- partager avec le personnel, la vision de l'introduction de la démarche qualité,
- motiver le personnel pour une réalisation efficiente des activités
- créer une cellule « Assurance Qualité »,
- institutionnaliser la démarche assurance,
- organiser périodiquement les enquêtes de satisfaction des clients,
- accréditer le service de laboratoire.

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des autorités sanitaires et des prestataires de soins.

A- Recommandations à l'endroit des autorités sanitaires

La qualité des soins et services a un coût. Autant le système sanitaire doit répondre aux besoins et sollicitations des patients, autant il doit répondre aux besoins des prestataires et des formations sanitaires afin de les motiver et

attendre d'eux des rendements meilleurs de qualité. Ainsi les autorités sanitaires en collaboration avec les partenaires au développement devront :

- participer énormément au renforcement de la compétence du personne et du plateau technique.
- veiller à l'introduction de toutes les dimensions de la démarche qualité dans les formations sanitaires.
- Apporter un appui au budget des activités relatives à la démarche qualité.

B- Recommandations à l'endroit des prestataires de soins.

Les enquêtes de satisfaction des patients vis-à-vis de leurs services de santé donnent des résultats très peu variables d'une formation sanitaire à l'autre. Les patients apprécient leurs niveaux de satisfaction par rapport à l'accueil qu'ils reçoivent et la manière dont ils sont traités, le temps d'attente avant les soins, la disponibilité ou non des médicaments et leurs coûts, la prise en charge par un personnel qualifié, le sérieux de l'examen physique, la guérison. Dans cette optique, nous recommandons aux prestataires de soins de :

- améliorer l'accueil à l'hôpital Saint Martin,
- poursuivre l'application des nouvelles méthodes de prise en charge des patients,
- organiser régulièrement des supervisions dans les services,
- veiller à l'hygiène hospitalière en respectant les protocoles de bionettoyage.

CONCLUSION

Selon l'OMS la santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consentit pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle est l'élément primordial pour le développement de toute nation. Ainsi l'Homme en quête de la santé en se rendant dans une formation sanitaire ne devrait pas en sortir avec une infection. De plus il, devrait être rassuré de la bonne qualité des soins.

Mais force est de constater, encore aujourd'hui que l'hygiène hospitalière est défectueuse dans nos formations sanitaires et constitue un véritable problème de santé publique pour lequel il faut agir de façon prompte. Par ailleurs, les infrastructures et équipements ont été toujours insuffisants. Quant au personnel, l'adaption aux nouvelles méthodes de prise en charge des patients n'est pas systématique.

L'évaluation du programme de la démarche qualité mise en place à l'hôpital Saint Martin de Papané dans le but de réduire les infections nosocomiales et d'offrir des prestations de soins de qualité est assez satisfaisante. Les indicateurs sanitaires relevés témoignent des résultats de ce bilan à travers les déclarations des patients et la réduction considérable de façon constante des infections nosocomiales notamment celles relatives aux infections post-opératoires.

Nous pouvons donc conclure que le renforcement de la compétence du personnel et du plateau technique ont véritablement amélioré la qualité des soins. L'appréciation en a d'ailleurs été faite dans notre étude à partir de l'évolution du taux de mortalité maternelle et de la durée moyenne de séjour des malades.

En définitive, malgré les limites de la mise en œuvre de ce programme et les difficultés auxquelles nous avons apporté des approches de solutions dans le cadre de cette étude, il nous semble que la démarche qualité en milieu hospitalier garantit la satisfaction de la clientèle. Elle constitue aussi un élément de mesure de la performance de l'hôpital.

Tableau N° 12 : Synthèse de l'étude.

Niveau d'analyse		Problèmes	Objectifs	Diagnostic	Solutions
Général		Caractère non satisfaisant de la qualité des prestations	Contribuer à l'amélioration et au maintien des mécanismes de prise en charge des patients en vue d'offrir aux populations des prestations de qualité.	-	-
Spécifiques	**1**	Infection post-opératoire élevée.	Contribuer à la réduction des infections post-opératoires	Les infections post-opératoires sont dues à la multiplication microbienne dans les services.	1. Installer et rendre fonctionnelle les organes décisionnels et opérationnels en matière d'hygiène hospitalière. 2. Appliquer rigoureusement les protocoles relatifs à l'hygiène hospitalière. 3. Doter les services d'intrants pour le traitement des déchets biomédicaux et des locaux. 4. Etre rigoureux quant à la discipline en salle d'opération.
	2	Non maîtrise des protocoles de soins.	Contribuer à la maîtrise des protocoles de soins dans les services.	L'insuffisance/ manque de recyclage du personnel la non maîtrise des protocole de soins.	1. Elaborer un plan de formation du personnel 2. Développer des stratégies pour maintenir le personnel au poste le plus longtemps possible. 3. Acquérir des documents, s'abonner aux revues ou périodiques.
	3	Insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructure.	Contribuer au renforcement du plateau technique	L'insuffisance des ressources financières explique les difficultés de recrutement, limite les constructions et les approvisionnements en matériels et équipements à l'hôpital.	1. Négocier l'augmentation des subventions de l'Etat 2. Développer le partenariat avec les mutuelles de santé 3. Mettre en place un système efficace de recouvrement des créances. 4. Elaborer une politique de recrutement.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. FOURCADE A, DURIEUX P. (1997) : « La démarche qualité dans un établissement de santé ». Les guides de l'APHP, Ed. Doin, Paris.
2. DEFOURNY V, NOYE D. (1998) : « le bon usage des mots de la qualité ». Ed INSEP.
3. DURIEUX P. (1997) Guide des principaux terme : « évaluation, qualité, sécurité. Médecine-Sciences » Flammarion.
4. JAMBART C. (1995) : « L'assurance qualité : les normes ISO 9000 en pratique. 2ème édition. Economica.
5. MINVIELLE E, de POUVOURVILLE G, VINCENEUX Ph. (1997) « Gestion de la qualité dans les structures de soins. Presse Médicale.
6. LETEUTRE H, PATRELLE I. (1996) « La qualité hospitalière ». Ed. Berger-Levraut.
7. BREACK P. « Hygiène et qualité hospitalières. Ed Hermann.

Mémoires et thèses

1. SONOU DJIDJOHO Joël Arnaud., (1980) « Evaluation de la Qualité des soins en consultation externe à l'U.S.E.R.C. du CNHU-HKM de Cotonou » thèse de doctorat de Médecine FSS ; UAC.
2. KOUYE, Cazassus Médard., (2006) « La problématique de financement des hôpitaux de zone après projet : cas de l'Hôpital de zone de Comé ». Mémoire fin de cycle I ; AHUI ; ENAM ; UAC.

Notes de cours

1. TCHIBOZO Hugues B. M., « management stratégique » (2007) AHUI ; Cycle II ; ENAM ; UAC.

2. GNANSOUNOU SIMON., « Méthodologie de la recherche » (2007) AHUI ; Cycle II ; ENAM ; UAC.

Textes de lois, rapports et autres documents

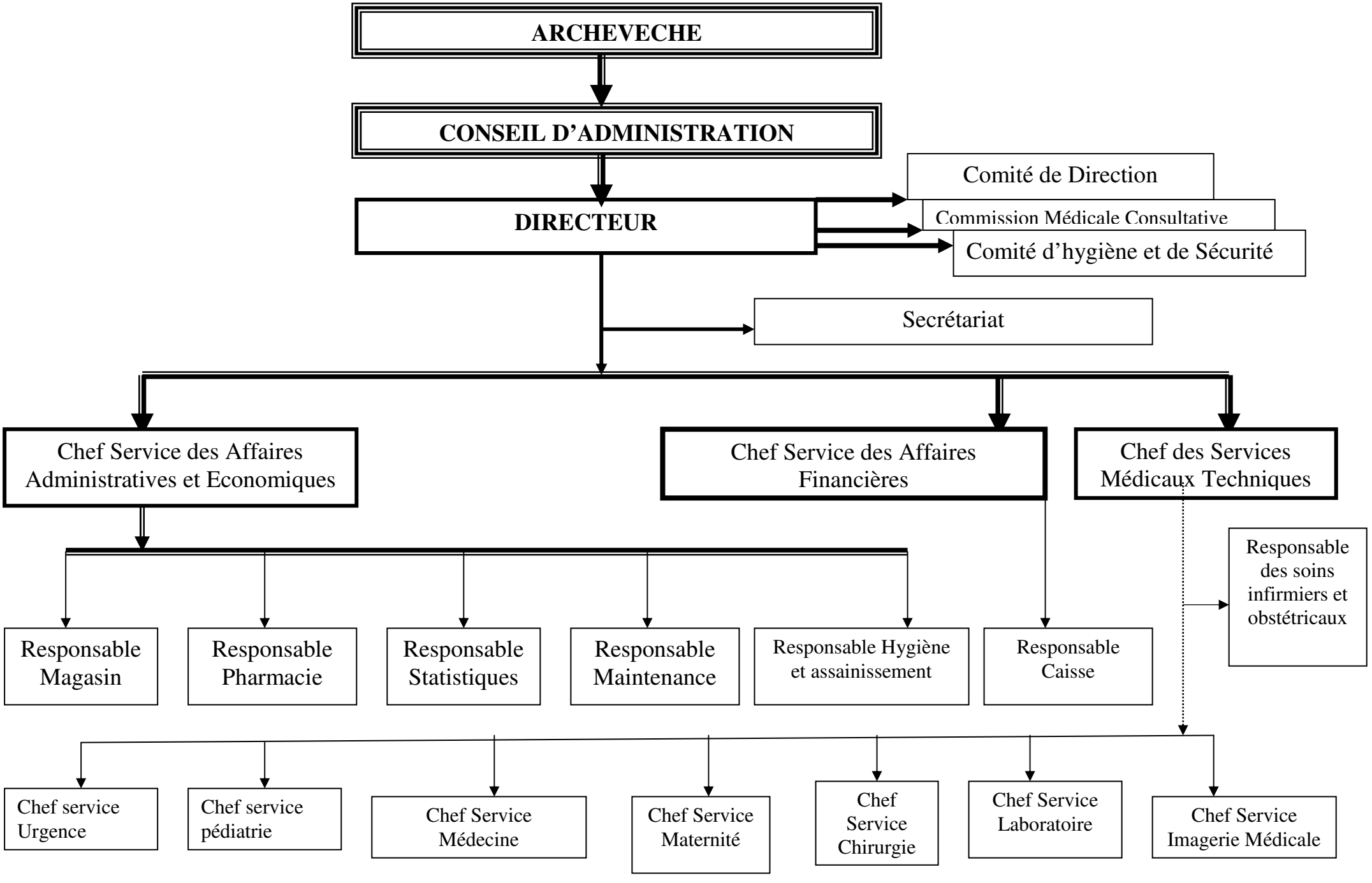
1. Décret N° 2002-484 du 15 novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin.
2. Décret N° 2006-087 du 08 Mars 2006 portant approbation du document de Politique d'Hygiène Hospitalière en République du Bénin.
3. Formation des aides soignants en assurance qualité. Module II : Introduction à l'Assurance Qualité.
4. Plan directeur Hôpital Saint Martin
5. Politique nationale d'Hygiène Hospitalière
6. Projet d'Assurance de Qualité. Pérenniser la qualité des soins de santé : l'institutionnalisation de l'Assurance de Qualité. Septembre 2002
7. Rapport d'activité 2003 de l'hôpital Saint Martin de Papané.
8. Rapport d'activité 2004 de l'hôpital Saint Martin de Papané.
9. Rapport d'activité 2005 de l'hôpital Saint Martin de Papané.
10. Résumé des communications de la 7ème rencontre hospitalière du RESHAOC.
11. KOUSSEMOU A, TCHIBOZO H., (2005-2006) « La réduction des coûts en milieu hospitalier » AMCES/ UNIDEA.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

1. selon vous quelles sont les raisons qui justifient la fréquence des infections post-opératoires ?
2. quels sont les taux d'infection post-opératoire enregistrés depuis la mise en œuvre de la démarche qualité ?
3. quelles sont les causes de la non maîtrise des protocoles de soins ?
4. quel est le nombre de personnes formées ou recyclées aux nouvelles méthodes de prise en charge ?
5. quels sont les taux de mortalité maternelle des années 2003, 2004, et 2005 ?
6. quelles sont les durées moyennes de séjour des malades à l'hôpital Saint Martin en 2003, 2004 et 2005 ?
7. selon vous quel est le mobile de l'insuffisance de personnel qualifié, des infrastructures et équipements ?
8. Avez-vous des solutions à proposer ?

ORGANIGRAMME DE L'HÔPITAL SAINT MARTIN DE PAPANE



Hôpital de zone de PAPANE	PROTOCOLE NETTOYAGE DU MATERIEL DE SOINS ET DES INSTRUMENTS ORIGINAUX			
	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	N° Version
Nom	Groupe de travail Chirurgie - Bloc	Bureau d'études AES	C.L.I.N	N°1

Buts

Assurer la propreté du matériel, prêt à être désinfecté ou conditionné pour la stérilisation.

Domaine d'application

- Tout service
- Zone de lavage des instruments et matériels (lavage manuel ou mécanique)

Produits utilisés

- Détergent du Commerce en poudre.

Equipement

- Plonge de 2 bacs
- Tampon à récurer
- Arrivée d'eau froide
- Brosse
- Gants de ménage
- Tenue (blouse + tablier)

Mode opératoire

- lavage manuel avec une action mécanique et une action chimique : solubilisation des matières organiques
- frotter avec la brosse
- rincer à l'eau claire
- sécher à l'aide d'un chiffon sec non peluchant
- vérifier l'état des instruments, si besoin, pratiquer l'aiguisage ou retirer ceux

Hôpital de zone de PAPANE	PROTOCOLE STERILISATION A LA CHALEUR SECHE (POUPINEL)			Réf. F3 Page 1
	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	N° Version
Nom	Groupe de travail Chirurgie - Bloc	Bureau d'études AES	C.L.I.N	N°1

But

Obtenir du matériel stérilisé en utilisant la chaleur sèche lorsqu'il est impossible d'utiliser la stérilisation **à la vapeur**.

Domaine d'application
Tout service.

Matériaux compatibles

- verres type Pyrex
- métaux y compris chromes

Ne jamais stériliser le textile ou linge à la chaleur sèche.

Emballages

Boîtes métalliques fermées, étanches (couvercle bien ajusté) en bon état.

La fermeture des boîtes est assurée par un ruban vireur en cavalier sur les 2 côtés opposés de la boîte pour empêcher l'ouverture avec la date de stérilisation.

Technique (utilisation)

- chargement aéré : pas de boîte empiles et de boîtes touchant le bord du poupinel,
- charger et décharger à froid en dessous de 50°C,
- ne jamais ouvrir un poupinel dont le cycle a démarré,
- cycle : Temps de stérilisation minimale de 30 secondes à une température de 180°C, poursuivre au moins 15 minutes supplémentaires pour obtenir la température requise dans les boîtes.

Cycle total supérieur à 3 heures.

Contrôles

1 témoin intégrateur.

Etablissement		

Hôpital de zone de PAPANE	PROTOCOLE LAVAGE ANTISEPTIQUE DES MAINS			
	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	N° Version
Nom	Groupe de travail Chirurgie - Bloc	Bureau d'études AES	C.L.I.N	N°1

1- Objectifs

Prévenir la transmission des micro-organismes par les mains (manuportage) par :

- l'élimination de la flore transitoire
- la diminution de la flore résidente commensale.

2- Indications

- gestes invasifs
- avant la prise en charge et les soins des patients immunodéprimés et des nouveaux-nés
- soins ou techniques aseptiques (ex : sondage urinaire cathétérisme)
- entre chaque contact avec des patients en unité de soins intensifs après la prise en charge de malades contaminés
- après tout contact avec des dispositifs contenant des produits pouvant être contaminés.

3- Equipement, matériels et produits

- Poste de lavage des mains
- Savon liquide antiseptique (scrub) ou pain de savon antiseptique posé sur portoir à sec
- Essuie-mains à usage ou serviette sèche, à changer régulièrement (2 fois au moins dans la journée)
- Poubelle.

Technique

- temps minimum : 1 minute
- ouvrir le robinet
- mouiller les mains et les poignets (mains, avant-bras nus)
- appliquer une dose de savon antiseptique
- garder toujours les mains au-dessus des coudes
- savonner mains et poignets
- faire mousser en se frottant vigoureusement les mains
- masser chaque main en insistant sur les espaces interdigitaux, la pulpe des doigts et le pourtour des ongles
- rincer abondamment en commençant par les mains et en maintenant les paumes vers le haut

- sécher par tamponnement avec l'essuie-mains ou la serviette sèche en commençant par les doigts pour finir les poignets
- fermer le robinet (si non automatique) avec la serviette ou le dernier essuie-mains
- jeter si c'est l'essuie-mains dans la poubelle sans la toucher.

Etablissement Hôpital de zone de PAPANE	**PROTOCOLE ENTRETIEN ET DESINFECTION DES LOCAUX DU SERVICE DE CHIRURGIE ET**	

	DU BLOC OPERATOIRE			
	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	N° Version
Nom	Groupe de travail Chirurgie - Bloc	Bureau d'études AES	C.L.I.N	N°1

Objectifs

- Donner au service un aspect propre et agréable
- Eviter la transmission de germes d'un patient à l'autre par l'intermédiaire des sols et surface par la réduction des micro-organismes.

Domaine d'application

- service de chirurgie et autres services de soins
- bloc opératoire (Zone 3 et Zone 4)

Personnels concernés

- Aide-soignant, Agent d'entretien, infirmier.

Procédure

- Principe

Pour éviter de mettre les poussières, supports des micro-organismes en suspension dans l'air, la technique humide doit être utilisé pour le nettoyage des sols, ainsi que l'essuyage des surfaces.

Matériel nécessaire

- Equipement

- Blouse
- Paire de chaussures
- Gants de ménage
- Deux seaux (rouge –bleu)
- Balai
- Serpillières

Fournitures consommables

Chiffon de différentes couleurs

- Détergent simple

- Désinfectant
- Produit pour vitae

Technique entretien

1er temps

- Dépoussiérage au chiffon humide des éléments suspendus : éclairage, éléments de rangement, vitres, poignées de portes…

2ème temps

En respectant le sens du plus propre au plus sale :

- Mettre des gants de ménage
- Remplir le seau bleu selon le dosage indiqué avec le produit nettoyage et l'eau
- Remplir le seau rouge pour le rinçage avec que de l'eau
- Tremper la serpillière dans le seau bleu de lavage et l'essorer
- Frotter le sol en partant du point le plus éloigné de la porte en utilisant « au poussé » (avancer en poussant droit devant soi le balai)
- Aussi souvent que possible, rincer et essorer dans le seau rouge
- Continuer à nettoyer en bande
- Terminer le nettoyage à la porte de la pièce
- Après chaque local, rincer la pièce textile à l'eau courante, et changer l'eau de rinçage du seau rouge
- Quand le nettoyage d'un secteur de soin est terminé, vider les 2 seaux, nettoyer le seau de rinçage, faire tremper la pièce textile 10 minutes dans une solution désinfectante (eau de javel) avant de la mettre avec le linge sale, et ranger le matériel dans le local réservé à cet effet.

Nom	Groupe de travail Chirurgie - Bloc	Bureau d'études AES	C.L.I.N	N°1

1- Objectifs

Prévention des infections transmises par les mains (manuportage) en éliminant la flore transitoire, et réduisant à 90 % la flore résidente commensale.

2- Indications

- Acte à haut risque infectieux en service de soins (Ex : cathétérisme central, ponction lombaire)
- Acte chirurgical.

3- Equipement, matériel et produits

- Poste de lavage des mains avec commande
- Eau stérile ou bactériologiquement pure
- Savon antiseptique à large spectre
- Brosse stérile (à usage unique au mieux) ou restérilisable
- Serviettes stérilisée à changer après chaque lavage des mains ou essuie-mains stériles à usage hospitalier
- Poubelle

4- Technique

- port de masque et de coiffe ajustés, bottes…
- préparer la brosse

Le lavage se fait en 3 temps et dure au minimum 5 minutes.
Garder toujours les mains au-dessus des coudes.

1er temps : 1 minute
- Mouiller les mains et les poignets (mains, avant-bras nus)
- Prendre une dose de savon antiseptique
- Savonner mains et avant-bras jusqu'aux coudes
- Rincer abondamment les mains, poignets, avant-bras

2ème temps : 1 minute
- prendre une brosse stérile
- brosser uniquement les ongles
- rincer

3ème temps : 4 minutes

- reprendre une dose de savon
- masser pendant 1,5 minute/ main (3 minutes au total)
- rincer abondamment en commençant par les doigts
- sécher par tamponnement avec une serviette stérile ou avec un essuie-mains stérile à usage unique

NB

Après 2 heures, il est souhaitable de renouveler les gants et d'appliquer une solution hydroalcoolique.

Etablissement Hôpital de zone de PAPANE	**PROTOCOLE PREPARATION CUTANNEE DU SITE OPERATOIRE**	

	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	N° Version
Nom	Groupe de travail Chirurgie - Bloc	Bureau d'études AES	C.L.I.N	N°1

1- Objectifs

Prévenir l'infection du site opératoire par une préparation optimale.

2- Préalable (Intervention programmée)

Le patient doit prendre une douche complète avant son admission selon la procédure qui lui a été remise.

3- Règle d'or

La même gamme d'antiseptique doit être utilisée en hospitalisation et au bloc opératoire.

4- La veille de l'intervention

La veille de l'intervention, le patient prendra une douche, avec ses savons antiseptiques personnels (de préférence Bétadine Scrub ou Hibiscrub si contre-indication à bétadine).

5- Le jour de l'intervention

A) Dans le service

Le plus près possible de l'intervention et avant la prémédication médicamenteuse, le patient sera dépilé au niveau du site opératoire puis prendra une douche.

1°/ La dépilation

Matériel :

Tondeuse chirurgicale, rasoir, crème, épilatoire, bétadine moussante et compresses.

Procédure :

- Se laver les mains (lavage simple)
- Appliquer la bétadine moussante
- Tondre ou raser la surface préalablement déterminée par l'équipe chirurgicale et consignée sur un schéma selon le type de l'intervention
- Jeter la lame après usage, comme objet tranchant.

2°/ *La douche* : elle est sous la responsabilité de l'infirmière

Matériel :
Savon antiseptique de préférence

Procédure :

- savonnage complet du corps toujours de haut en bas
- visage : insister sur le nez et les oreilles
- thorax
- membres supérieurs : insister sur les aisselles
- abdomen : insister sur l'ombilic
- toilette génitale soigneuse
- membres inférieurs
- creux poplités
- insister entre les orteils, plis inguinaux.

Cette douche sera complétée par un brossage des dents.

3°/ *Après la douche* : chemise et lit (drap + alèse) propres

4°/ *Consigner le type de préparation cutanée* sur la fiche de liaison avec le bloc.

B) **En salle d'opération : 4 étapes** : **1minute par étape**

1°/ *Lavage du champ opératoire* à la BETADINE Scrub (ou à l'HIBISCRUB – selon le produit utilisé pour la douche) par la panseuse. Ou savon doux en cas d'allergie.

2°/ *Rinçage du champ* à l'eau stérile et séchage

3°/ *Premier champ* stérile de BETADINE Dermique (ou HIBITANE Champ) par la panseuse (ou DAKIN en cas d'allergie)

4°/ *Deuxième champ* de BETADINE (ou HIBITANE ou solution de DAKIN en cas d'allergie) badigeonné par le chirurgien

TABLE DES MATIERES

DEDICACES……i

REMERCIEMENTS……ii

LISTE DES SIGLE ET ABREVIATIONS……iii

LISTE DES TABLEAUX……iv

RESUME……V

SOMMAIRE……VI

INTRODUCTION……1

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE…… ……2

SECTION 1 : OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE…… ……3

Paragraphe 1: état des lieux……3

A- Historique de l'hôpital Saint Martin de Papané……3

B- Fonctionnement des services……5

4) Service Administratif……6

a- La direction …… ..6

b- Le service des Affaires Administratives et économiques (C/ SAAE)……6

c- Le service des affaires financières……7

5) Les organes de gestion de l'hôpital……7

6) Services Techniques……8

a- Service de Pédiatrie……8

b- Service de Maternité……8

c- Service de Chirurgie…… ….9

d- Service de Médecine interne……9

e- Service de Laboratoire……9

f- Service d'Imagerie médicale……10

g- Service d'urgence……10

h- Service de consultation…… ……10

Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique……11

a. Choix du problème à résoudre……11

3) Inventaire des éléments de l'état des lieux……..…11

a- Forces et opportunités……11

b-Les faiblesses et menaces……11

2) Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt ……12

B- Spécification de la problématique choisie……..……..13

3) Choix de la problématique et formulation du sujet…….…13

4) Spécification de la problématique……..14

SECTION 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE……..……..14

Paragraphe 1 : Fixation des objectifs, formulation des hypothèses et revue de littérature…….....14

C- Fixation des objectifs, formulation des hypothèses et revue de littérature…..….15

1) Fixation des objectifs…….....15

a- Objectif général……..……15

b- Objectifs spécifiques…….....15

3- Causes et hypothèses liées aux problèmes en résolution……15

B- Revue de la littérature…….……..20

2) Notion sur la démarche qualité en milieu hospitalier…….…..…20

1. Définition des concepts

2. Rôle de l'administration hôtelière: ……..……..20

3) Contribution des auteurs aux problèmes identifiés……..……22

1. Contribution au problème général : mise en œuvre de la démarche qualité…….22

2. Contribution aux problèmes spécifiques…….……..…….26

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude……..……28

A- Approches théoriques retenues…….……28

1) Approche théorique liée aux infections post-opératoires ……28

a- Normes d'amélioration…….……..28

b- Outils d'analyse de données : seuil de décision……..28

2) Approche théorique liée à la non maîtrise des protocoles de soins……..……28

a- Normes d'amélioration……..……28

b- Outils d'analyse de données : seuil de décision…….……28

3) Approche théorique liée à insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructure…….……28

a- *Normes d'amélioration……28*

b- Outils d'analyse des données : seuil de décision……..29

B- Approche empirique……..29

1) Buts visés par l'enquête et choix de la population cible……..……29

a- But de l'enquête……29

b- Identification de la population cible et nature de l'enquête……29.

2) Du ciblage de l'échantillonnage à la présentation des données……30

a- Echantillonnage……30

b- Outils de présentation des données……30

CHAPITRE 1 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNES : BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE……31

SECTION 1 : COLLECTE ET PRESENTATION DES DONNEES……32

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte……32

C- Préparation de la collecte……32

D- Réalisation de la collecte……32

Paragraphe 2 : Présentation et limites des données……32

A -Présentation des données colletées……32

1) Présentation des données relatives aux infections post-opératoire……32

2) Présentation des données relatives à la non maîtrise des protocoles de soins…..34

4) Présentation des données relatives à l'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures……35

B- Limite des données……37

SECTION 2 : VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC……37

Paragraphe 1 : Analyse des données et vérification des hypothèses……37

A- Analyse des facteurs de rétention des hypothèses spécifiques……38

1) Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°1……38

2)Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°2……38

3) Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°3……39

B- Conclusions retenues par rapport aux vérifications des hypothèses spécifiques….39

1) Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°1……39

2) Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°2……40

3) Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°3……40

Paragraphe 2 : Diagnostic établi (contenu et limite)……41

A- Contenu du diagnostic……41

1) Elément de diagnostic n°1……41

2) Elément de diagnostic n°2……41

3) Elément de diagnostic n° 3……41

B- Limite du diagnostic……41

CHAPITRE 2 : LA DEMARCHE QUALITE A L'HÔPITAL SAINT MARTIN DE PAPANE : PERENNITE……*44*

SECTION 1 : APPROCHES DE SOLUTIONS……..……..…44

Paragraphe 1 : Approche de solutions aux problèmes spécifiques……44

A- Approche de solutions relatives au problème spécifique n°1 : infections post-opératoires élevées…….……44

B- Approche de solutions au problème spécifique n°2 et n°3……..……44

1) Solutions aux problèmes spécifique n°2 : non maîtrise des protocoles de soin..…44

2)Solutions aux problèmes spécifique n°3 : l'insuffisance de personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'infrastructures……45

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre……..……45.

A- Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°1……45

B- Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°2 et n°3……..…..46

1) Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°2.....….46

2) Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°3……..……47

SECTION 2 : PERENNITE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE.47

Paragraphe1 : Recommandations à l'endroit des gestionnaires…….……48

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des autorités sanitaires et des prestataires des soins. ……48

A- Recommandations à l'endroit des autorités sanitaires…….……48

B- Recommandations à l'endroit des prestataires de soins……..……..49

CONCLUSION……..……..51

TABLEAU DE SYNTHESE DE L'ETUDE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES.