

**Par Ephraïm DJOUMBE**

Institut de formation aux carrières de santé de Rabat - Diplôme d'Etat de Second cycle des études paramédicales section surveillant des services de santé 2006

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DÉLÉGATION DU MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
A LA WILAYA DE RABAT  
INSTITUT DE FORMATION  
AUX CARRIERES DE SANTE  
RABAT  
2ème CYCLE DES EPM

.Le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité

(Cas de l'hôpital Ibn Sina de Rabat (Maroc

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat du 2ème cycle des études paramédicales

Section : Surveillant des services de santé

ème cohorte : 2006-20083

: Encadré par

M. CHERKAOUI Mustapha

Chef de division des soins infirmiers

Direction du centre hospitalier Ibn Sina-Rabat

Maîtrise ès-sciences infirmières

Faculté des sciences infirmières

(Université de Montréal (Canada

: Elaboré par

M. DJOUMBE Ephraïm

: Membres de Jury

Mme BARICH Fatima

Enseignante à l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Rabat

Maîtrise ès-sciences infirmières

Faculté des sciences infirmières

(Université de Montréal (Canada

M. TEKNI Jamal

Enseignant à l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Rabat

Master of Public Health

Tulane University

(New Orleans (USA

Juillet 2008

DEDICACES

: Je dédie ce travail de fin d'études à

Mes parents, ceux à qui je dois tant pour leur amour et leur support continu tout le long du cursus de mes études. Que ce travail soit le témoignage sincère et affectueux de ma profonde reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi. Grâce à leur collaboration, leur détermination dans le travail de la terre, .m'ont soutenu au prix de sacrifices inoubliables

Mes frères et soeur qui m'ont encouragé et soutenu dans mes moments les plus difficiles. Que l'excellence recherchée dans ce travail symbolise la perfection d'un amour, d'une attention, d'un soutien .qu'ils n'ont cessés de me donner aux cours des années passées

Enfin à toute la famille Djoumbé qui a su toujours me remonter le moral pendant les moments difficiles .qu'elle retrouve ici toute ma gratitude et ma reconnaissance

Je n'oublierais pas la famille NIMAGA Ismaïla qui m'a encouragé et soutenu durant

la préparation de mon mémoire. Je tiens à lui exprimer toute ma reconnaissance et

.ma profonde gratitude

HOMMAGES

.William Edwards Deming (1900-1993) Mathématicien et philosophe

Père commun de la Qualité

Les possibilités de l'homme sont immenses. Vous ne pouvez même pas vous faire l'idée de ce qu'un »  
« homme est capable d'atteindre. Mais dans le «sommeil» rien ne peut être atteint

Chauvel, A-M. (1996) p.271

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je veux mentionner la collaboration de plusieurs personnes qui ont été sollicitées pour leur compétence. Elles m'ont fourni de précieuses suggestions qui m'ont permis d'enrichir le contenu .et la forme de ce présent travail. Cependant, ce texte n'engage que la seule responsabilité de son auteur

J'assure d'ores et déjà que la réalisation de ce travail bien qu'étant modeste m'a permis d'approfondir .mes connaissances dans ce secteur combien vaste mais passionnant

Je tiens à exprimer mes plus vifs et sincères remerciements au Directeur de L'IFCS de Rabat, Monsieur Bahadi Mohammed pour sa disponibilité, et son aide précieuse pour la rédaction de ce mémoire, ainsi qu'à l'équipe administrative de la direction de l'institut de formation aux carrières de santé de Rabat, qui a .constituée à l'assistance logistique de ce travail

J'exprime mes remerciements à El Majhad Mohamed, Coordinateur du deuxième cycle des études paramédicales, de m'avoir accueilli et préparé à la pédagogie de cette formation et de l'intérêt qu'il a bien voulu exprimer à mes travaux

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué à la réussite de ce travail, en particulier à

Mon encadrant Monsieur Cherkaoui Mustapha et promoteur du présent mémoire, de m'avoir aidé par ses judicieux conseils durant l'élaboration de ce mémoire. Je tiens à le remercier avec sincérité pour l'aide et le soutien qu'il m'a apporté pour guider ce travail et m'a surtout aidé, éclairé à toutes les étapes de réalisation du mémoire

:Je tiens à remercier avec sincérité

Dr. Zaari Jabiri M., Mme Barich Fatima, et Mme Gennivieve Perrennou, pour l'aide qu'ils m'ont apporté dans la documentation et pour leur appui durant la préparation de mon mémoire

Aux enseignants pour leur zèle et leurs efforts à bien nous diriger dans notre travail et leur contribution dans notre formation

Mes remerciements s'adressent également à l'administration de l'hôpital Ibn Sina, notamment tout le personnel du Service des Soins Infirmiers pour le soutien technique qu'il m'a assuré

Aux infirmiers-chefs des unités de soins de l'hôpital Ibn Sina de leur disponibilité et leur entière collaboration

Je présente aussi mes remerciements aux membres du jury d'avoir accepté de juger ce travail. C'est avec un grand plaisir que seront reçues vos remarques et suggestions dans un but évident d'amélioration. « Dire que l'homme est un composé de force et de faiblesse, de lumière et d'aveuglement, de petitesse et de grandeur, ce n'est pas lui faire un procès, c'est le définir » D. Diderot

Je n'oublierais pas tous mes collègues et amis de la promotion 2006-2008, et ceux qui m'ont aidé dans l'anonymat. Ils sont nombreux et tous présent dans mon cœur

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance et ma profonde gratitude à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. A tous mes amis et ceux qui m'ont encouragé, m'ont supporté et soutenu dans les moments difficiles, sans oublier l'Agence Marocaine de Coopération Internationale de Rabat

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AFNOR : Association Française de Normalisation

ANAES : Agence Nationale d'Evaluation en Santé

AQ : Assurance qualité

ACQ : Amélioration continue de la qualité

CHIS : Centre hospitalier Ibn Sina

CHU : Centre hospitalier universitaire

DQ : Démarche qualité

GQ : Gestion de la qualité

HIS : Hôpital Ibn Sina

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IA : Infirmier auxiliaire

I.F.C.S : Institut de formation aux carrières de santé

(ISO : International Standards Organisation (Organisation Internationale de Normalisation

MS : Ministère de la santé

MQ : Management de la qualité

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDCA : Plan, DO, Check, Act

PEH : Projet d'établissement hospitalier

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PNAQ : Programme nationale d'assurance qualité

PMQ : Programme de management de la qualité

USAID : United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le

(Développement International

US : Unité de soins

Avant-propos

L'idée de réaliser ce mémoire de fin d'études a mûri après le premier stage de la première année de formation passé à l'hôpital Ibn Sina de Rabat au début du trimestre 2007. Durant ce stage, j'ai découvert l'organisation et le fonctionnement de cet établissement ainsi que les prestations offertes à sa clientèle

L'une des actions stratégiques entreprises par le centre hospitalier Ibn Sina, est l'amélioration des prestations offertes aux clients, notamment par la mise en place de la démarche d'amélioration continue de la qualité. L'introduction de cette approche devrait susciter de substantiels changements au niveau des unités de soins. Dans cette perspective, il m'a paru intéressant d'approfondir la manière dont les cadres infirmiers, en l'occurrence les infirmiers-chefs de l'hôpital Ibn Sina, se sont investis dans cette approche

L'objectif de ce travail est d'explorer et décrire le rôle joué par les infirmiers chefs, pour l'accompagnement et la réussite de ce projet au niveau de leurs unités, de déterminer l'écart entre la situation réelle et celle prévue et dégagée à travers les écrits étudiés et enfin suggérer des pistes novatrices visant le renforcement de leur rôle afin de permettre l'aboutissement de la démarche d'amélioration continue de la qualité au niveau de leurs unités

NB : Dans cette étude, la terminologie utilisée de cadre infirmier, infirmier gestionnaire ou infirmier-chef est définie comme étant une personne qui occupe un poste administratif de chef d'unité de soins et gère le personnel (infirmier, de soutien, technique) qui dispensent des soins aux clients. Il désigne aussi tant le masculin que le féminin

Résumé

La présente étude vise à décrire le rôle joué par l'infirmier-chef de l'hôpital Ibn Sina dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Ces cadres sont des éléments clés pour la réalisation de cette démarche. Les résultats dégagés à partir d'un questionnaire et d'un entretien auprès des infirmiers-chefs de l'hôpital Ibn Sina de Rabat laissent apparaître en premier lieu des écarts par rapport à la gestion des projets qualité. Ces écarts, diffèrent par rapport aux participants et sont essentiellement liés aux connaissances limitées en matière du management de la qualité. Le rôle attendu de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité est connu pour certains, mais pas pour l'ensemble. Ainsi, pour certains participants à l'étude, leur responsabilité en tant que garant de la qualité des soins dans leurs unités est peu considérée. Aussi, leur rôle d'initiateur de projet qualité et de mobilisateurs de leurs équipes, reconnu aux gestionnaires de l'unité et indispensable dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, semble être marginal pour certains infirmiers-chefs. Bien que la majorité des infirmiers-chefs dispose de connaissances en matière de la démarche qualité, à travers les programmes de formations entrepris par le Centre Hospitalier Ibn Sina, des efforts supplémentaires en matière de développement de compétences en management en général et en management de la qualité s'avèrent indispensables. C'est ainsi, qu'une offre de soins sécuritaires et de qualité, et une rationalisation de l'utilisation des ressources de l'unité de soins .seront garanties

Mots clés : Démarche qualité, amélioration continue de la qualité, management de la qualité, .infirmier-chef, manager, leader, équipe soignante, unité de soins

TABLE DES MATIERES

DEDICACES

HOMMAGES  
REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES  
LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES GRAPHIQUES

LISTE DES ANNEXES

AVANT-PROPOS

RESUME

: Pages

Introduction : 1

PREMIERE PARTIE : PHASE CONCEPTUELLE

Chapitre I : Problème de recherche 3

Problématique 3 .1

But de l'étude 9 .2

Question de recherche 9 .3

DEUXIEME PARTIE : PHASE METHODOLOGIQUE

## Chapitre II : Recension des écrits 10

### I. La qualité 10

#### II . La démarche qualité 12

Le contrôle qualité 15 .1

Assurance qualité 15 .2

Amélioration continue de la qualité 17 .3

La gestion de la qualité 21 .4

Le management de la qualité 22 .5

### III. Cadre de référence 24

Définition des concepts à l'étude 25 1

Le rôle de l'infirmier-chef et démarche qualité 25 2

Le rôle de manager et de leader 25 2.1

Le rôle de l'infirmier-chef envers le client 28 2.2

Le rôle de l'infirmier-chef dans la méthode PDCA 28 2.3

Le rôle de l'infirmier-chef envers l'équipe soignante 29 2.4

## Chapitre III : Les méthodes 30

Devis de recherche et type de l'étude 30 .1

Population cible et échantillon 30 .2

La population cible 30 2.1

L'échantillon 30 2.2

Présentation du milieu de l'étude 30 .3

Instruments de collectes et d'analyse des données 31 .4

Questionnaire 31 4.1

Entretien semi directif 32 4.2

Recherche documentaire 32 .5

Considérations éthiques 33 .6

Traitement des données 33 .7

## TROISIEME PARTIE : PHASE EMPIRIQUE

## Chapitre IV: Présentation des résultats 35

### I. Présentation et analyse des résultats 35

Présentation et analyses des résultats du questionnaire 35 .1

Caractéristiques des participants 35 1.1

Gestion et organisation du travail 36 2 .1

Le Management de la qualité 41 3 .1

Difficultés liées à l'implantation de la démarche qualité 46 4 .1

Suggestions des participants relatives à l'implantation de la démarche qualité 48 5 .1

Présentation et analyses des résultats de l'entretien par Focus-Group 50-60 .2

### II. Synthèses des résultats 61

### III. Forces et limites de l'étude 63

Recommandations: 64

Conclusion: 67

Glossaire

Références bibliographiques

Annexes

## LISTE DES TABLEAUX

: Pages

Tableau 1 : Les caractéristiques des infirmiers-chefs des US de l'HIS 36

Tableau 2: L'information et communication 39

Tableau 3 : Fréquence des réunions avec l'équipe soignante 40

Tableau 4: Adoption à la démarche qualité 43

Tableau 5: Signification d'un service de qualité 46

## LISTE DES FIGURES

: Pages

Figure 1 : Le cycle PDCA selon la roue de Deming 20

Figure 2 : La roue de Deming et la câle de l'assurance qualité 21

## LISTE DES GRAPHIQUES

: Pages

Graphique 1: Prise de l'initiative des infirmiers-chefs dans leur travail 37

Graphique 2 : Disposition de l'autorité nécessaire pour assurer la fonction 37

Graphique 3 : Production d'un rapport d'activités. 37

Graphique 4 : Utilisation du système d'information pour la gestion de l'unité 38

Graphique 5: Discussion et écoute des collaborateurs 39

Graphique 6 : Incitation de l'équipe par l'infirmier-chef 41

Graphique 7 : Formation à la démarche qualité 41

Graphique 8: Implantation de la démarche qualité 42

Graphique 9: Implication des infirmiers-chefs dans l'ACQ et engagement des responsables 43

Graphique10 : Mise en place des opportunités d'amélioration 44

Graphique 11: Sensibilisation et formation du personnel 44

Graphique 12: Investissement de l'équipe soignante. 44

Graphique 13 : Existence des équipes soignantes consacrées à la DQ 45

Graphique 14: Communication interne. 45

Graphique 15: Difficultés rencontrées par les infirmiers-chefs 47

Graphique 16: Autres causes des difficultés rencontrées par les infirmiers-chefs 47

## LISTES DES ANNEXES

Annexe n°1 : Lettre de présentation de l'étude pour le questionnaire

Annexe n°2 : Formulaire de consentement pour les participants à l'étude pour le questionnaire

Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux infirmiers chefs des unités de soins

Annexe n°4 : Formulaire de consentement au Focus Group

Annexe n°5 : Organisation du Focus group

Annexe n°6 : Guide du Focus Group

Annexe n°7 : Présentation de l'hôpital Ibn Sina

Annexe n°8 : Autorisation de récolte de données

Annexe n°9 : Circulaire N°34 (S/G) CHIS du 06 mars 2007

Introduction

La qualité des soins est un sujet d'actualité certes, mais pas nouveau pour une profession infirmière qui a, en effet, toujours eu le souci d'offrir aux malades des soins de qualité tout en les améliorant de manière continue. Depuis quelques années, ce courant représente un enjeu considérable aussi bien pour les hôpitaux qui se sont inscrits dans une démarche qualité, que pour les professionnels de la santé qui découvrent de nouvelles façons d'améliorer la prestation des soins et des services. C'est la raison pour laquelle les responsables des unités de soins ont un rôle capital à jouer dans la mise en oeuvre de la démarche qualité et d'être le moteur de leur équipe. Etre gestionnaire de la qualité des soins/services dans un établissement de santé, consiste à planifier, organiser, diriger et contrôler les activités de soins et .services offerts aux usagers

Le but est que ces prestations soient de meilleure qualité possible, compte tenu de l'avancement des connaissances scientifiques et professionnelles et des ressources humaines, matérielles et financières disponibles. Ce positionnement est déterminant pour encourager les équipes. Mais, il est fort de constater .qu'il y a une différence entre le travail prescrit et le travail réel

L'objectif de cette étude est de donner une description la plus complète du rôle de l'infirmier-chef dans .l'amélioration continue de la qualité des prestations offertes aux clients

Dans cette optique, la présente étude se propose à mettre en lumière dans sa phase conceptuelle, une vue d'ensemble de la problématique, en rappelant notamment le cadre réglementaire et institutionnel en place, relatif à l'exercice de la fonction d'infirmier-chef, ainsi que la définition des différents concepts du sujet. Dans cette même partie seront présentées également, la recension des écrits relative à l'objet de la recherche, le cadre conceptuel immergeant de cette recension des écrits ainsi que la définition des .concepts à l'étude

Dans sa deuxième partie, dite phase méthodologique, seront abordés le milieu de l'étude, les méthodes et instruments de collecte des données ainsi que la définition de la population à l'étude et de .l'échantillon

Dans sa dernière phase, dite phase empirique, seront analysés et discutés les résultats issus des .données recueillies par le questionnaire et l'entretien

L'étude va s'achever par des recommandations, sous formes de pistes novatrices déclinées à partir des .résultats de l'étude

## PHASE CONCEPTUELLE

« Il est impossible d'être contre la qualité .Mais il est possible d'être contre le changement »

(p. 38 Détrie (2003)

### CHAPITRE I : PROBLEME DE RECHERCHE

#### Problématique .1

Depuis les années 1970, la complexité de la gestion des établissements de santé ne cesse de croître en lien avec l'émergence d'impératifs contextuels (social, économique, politique, démographique, épidémiologique...etc.) en évolution rapide (Kérouac, Pépin, Major et Ducharme, 2003). Dès lors, on assiste à une véritable explosion du concept de la qualité au niveau mondial dans le système de santé. Ceci est lié à la pression économique et à l'escalade des coûts de la santé (Jacquerye, Chagnon, Grenier, Heuse, .(Holtzer, Hubinon, Panchaud, Pauchet-Traversat, Paul, 1999

Ce concept d'actualité, préoccupe un grand nombre de professionnels et par conséquent, amène à une réflexion sur les significations des concepts suivants : contrôle qualité, assurance de la qualité (AQ), amélioration continue de la qualité (ACQ), management de la qualité, gestion de la qualité etc (Lozeau, 1996). Le terme qualité est multiforme et multidimensionnel et porte une résonance particulière pour chaque auteur. C'est la raison pour laquelle il est difficile de le définir de façon claire et précise (Brunelle,

1993 ; Leplâtre et Collard, 1998 ; Détrie, 2003 ; Hubinon, 2004 ; la norme ISO1(\*) 9000, ISO 8402). Par conséquent, il est tenu à quiconque de préciser clairement ce qu'il entend par là. En pratique soignante, la démarche qualité permet de clarifier les rôles et les responsabilités des différents acteurs (Leplâtre et Collard, 1998). Comme démarche, l'ACQ de soins et services représente un intérêt permanent à la fois dans la prise en compte de la satisfaction des besoins des patients et dans l'apport des solutions à des dysfonctionnements survenant dans les institutions de soins/services (Hubinon, 2004). Elle devra être plus que jamais une préoccupation constante, non seulement des gestionnaires, mais de l'ensemble des intervenants (Association des Hôpitaux du Québec, 1995

Alors que la mise en place de la démarche qualité présente plus d'avantages que d'inconvénients (Leplâtre et Collard, 1998), l'absence de la qualité menace toute l'entité, dans la mesure où elle génère des coûts de moins en moins supportables par l'établissement qui risquent de perdre un client (Sébilto et Vertigheim, 1998 ; Grenier, 2002 ; Guénot, 2005

Ainsi, les professionnels de santé sont appelés à améliorer sans cesse leurs services de soins par la formation, l'organisation et l'évaluation des pratiques (Grenier, 2002

Dans cette même perspective : « la clef pour comprendre l'assurance de la qualité aujourd'hui, est de considérer les soins donnés par les infirmières non pas comme une série de tâches, mais comme une collection de résultats » (Katz et Green, 1992, cité par Jacquerye et coll., 1999, p.5). C'est ainsi que l'évolution des approches relatives à la qualité des soins, a conduit la profession infirmière à manifester sa détermination à s'inspirer de multiples programmes qualités (Jacquerye et coll., 1999). Par ailleurs, l'adoption d'une DQ permet d'organiser en continu la valorisation des hommes, de la fonction et de réagir à des dysfonctionnements en analysant leurs causes (Meignant, 1994 ; Charvet-Portat S., Jarlier A., Préaubert N., 1998

Au Maroc, la qualité des services est un souci constant du Ministère de la Santé (MS) et de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). Des efforts considérables ont été déployés dans le cadre des différents programmes pour traiter des questions de qualité. A cet égard, des normes et des standards ont été définis et adoptés dans différents secteurs, notamment, les activités de planification familiale et de maternité sans risques, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et l'approche syndromique des infections sexuellement transmissibles. De même, des manuels de procédures ont été mis au point pour les activités infirmières et les laboratoires. En 1992, le MS et l'USAID ont démarré un projet « Gestion intégrale de la qualité » dans cinq provinces et, en 1999, le projet était étendu à sept provinces et 53 points de services. Pendant cette période, un nombre important de professionnels de santé a reçu une formation portant sur l'AQ (USAID, 2003). Aussi, dans une démarche de continuité, le MS a renforcé le processus d'amélioration de la qualité de soins et des services par la mise en place d'un programme national d'assurance qualité (PNAQ) qui constitue le cadre de référence à toute intervention. A travers ce programme, le département de la santé a pu avoir une meilleure adhésion des professionnels et des services de santé aux normes de qualité, tout en mettant à leur disposition les méthodes et les techniques d'amélioration de la qualité pour une application correcte (PNAQ, 1999

De son côté, le Centre Hospitalier Ibn Sina (CHIS) a mis en place un programme de management de la qualité (PMQ). Le cadre conceptuel de la DQ adopté est l'ACQ selon le processus Plan, Do, Check, Action (PDCA), appelé aussi roue de Deming. Le choix de ce modèle réside sur le fait que la qualité s'obtient toujours par une amélioration continue des processus, dans une démarche itérative réalisée étape par étape (ANAES2(\*), 2002). La mise en application des principes d'ACQ, impose la maîtrise d'outils d'analyse et de résolution des problèmes et favorise l'implication de l'ensemble des membres d'équipe dans une démarche participative

Ce programme officialisé par une circulaire directoriale3(\*) est devenue une obligation institutionnelle pour tous les établissements hospitaliers relevant du CHIS depuis le premier trimestre 2007. Les organes opérationnels et de gestion de la qualité ont été mis en place et des référents qualité ont été désignés dans chacun des établissements hospitaliers. Dans une première étape, des sessions de formation et de sensibilisation dans le domaine de la qualité ont touché un ensemble de personnel dont les infirmiers. Dans la seconde, 24 services hospitaliers du CHIS, considérés comme sites pilotes, ont implanté des cercles

qualité. Un encadrement a été assuré à ces cercles, à travers des sessions de sensibilisation, de formation et d'accompagnement des équipes dans leurs projets

Dans ce même projet, six cercles qualité sont implantés à l'hôpital Ibn Sina de Rabat (HIS), lieu de cette étude. Aussi, il importe de signaler que l'une des principales actions inscrites dans le projet d'établissement 2006-2010 (PEH) de cet hôpital, dans son volet relatif aux soins infirmiers, est l'implantation de la DQ au niveau des services de l'établissement

Dans le domaine des soins, la visée de l'ACQ permet à l'infirmier-chef d'être un manager, capable de mobiliser son équipe pour identifier les difficultés particulières à une situation de soin, repérer les potentiels et rédiger un plan d'action (Dusausoy, 2001 ; Bellemare, 2003). D'ailleurs, véritable moteur de changement, l'infirmier chef se positionne comme chef de projet pour planifier les actions, évaluer les moyens et être à la fois dynamique et attentif à la qualité (Jacquerye et coll., 1999, Vossart, 2000 p 41-42). Selon Petitat (1989) et Kérouac, Duquette et Sandhu, (1990) cités par Hubinon (2004), l'infirmier-chef a la responsabilité de planifier, de coordonner et de contrôler l'ensemble des activités distribuées à son personnel. Dès lors, le chef de l'unité doit être particulièrement actif dans l'implantation de la DQ (Leplâtre et Collard, 1998 ; Jacquerye et coll., 1999

Aussi, le texte réglementaire et institutionnel<sup>4</sup>(\*) définissant le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins au niveau du CHIS, stipule dans son article 7 qu'il doit « assurer la continuité et le contrôle de la qualité des soins dispensés aux patients et assister le personnel infirmier dans l'administration des soins ». Il en découle donc, que l'infirmier-chef, étant responsable dans la gestion et le management de l'unité de soins (US), est le garant de la qualité des soins dispensés aux patients. Il appartient donc à l'infirmier chef d'employer ses compétences pour satisfaire les besoins du client en termes des principes généraux de la qualité (Grasse et Guay, 1994

Cependant un certain nombre d'obstacles peuvent être à l'origine d'une mauvaise gestion de l'unité de soins et par là à l'échec de la DQ. Dusausoy (2001) rapporte que les cadres de proximité, considérés comme acteurs incontournables au niveau de l'US, vivent des difficultés de positionnement par rapport à leur nouveau rôle, exigeant de réelles compétences de gestionnaire capable de rendre les membres de son équipe acteurs de progrès et de qualité. Les problèmes rencontrés par des cadres de proximité, notamment les infirmiers chefs, sont souvent le reflet d'un problème collectif de la hiérarchie infirmière qui ne leur accorde pas un encadrement suffisant (Cipiciani, 2005). De son côté, Guénot (2005), estime que la qualité des soins ne peut être envisagée si les gestionnaires des US ne jouent pas leur rôle dans la dissémination de la culture qualité ou si la coordination de la qualité est défaillante. A cela, s'ajoute le manque de concertation au sein de l'unité, l'insuffisance d'approche méthodologique de l'encadrement dans le domaine de la qualité, l'existence d'un travail cloisonné et la méconnaissance des textes réglementant la fonction de l'infirmier-chef (Jacquerye et coll., 1999). Ce portrait peu encourageant met en évidence d'importants dysfonctionnements de la gestion de l'US qui s'expliquent par une grande difficulté à résoudre les problèmes affectant la qualité des soins et la satisfaction des patients (Charvet-Portat, Jarlier et Préaubert, 1998). Dans l'ensemble, ces dysfonctionnements se traduisent par la force des habitudes, les difficultés de positionnement dans l'institution, la résistance au changement, l'aspect participatif de la démarche qualité qui n'est pas mis en avant, avec comme conséquences, l'effondrement de cette dernière et la difficulté d'adaptation aux changements et d'intégration de la démarche d'ACQ (Lozeau, 1996 ; Dusausoy, 2001 ; Grenier, 2002 ; Détrie, 2003 ; Anchisi, Berra et Pott, 2004). Ce décalage en DQ qui aurait, à travers une dynamique managériale, l'avantage de développer une culture qualité chez l'équipe soignante, risquerait de créer chez ces derniers la non adhésion, le rejet et l'abandon (Jacquerye et coll., 1999, Lozeau, 1996

C'est dans cette perspective que la présente étude vise à identifier le rôle de l'infirmier-chef de l'US dans la démarche de l'ACQ. Aucune étude similaire, n'a fait jusqu'ici l'objet de recherches particulières dans le contexte marocain. Il s'agira précisément d'explorer et de décrire la manière dont les infirmiers-chefs des US de l'HIS concernés sont impliqués à la démarche d'ACQ, ainsi que le rôle de l'infirmier-chef de l'US dans cette démarche

But de l'étude .2

Le but de cette étude est d'explorer et de décrire le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans la démarche d'amélioration continue de la qualité à l'hôpital Ibn Sina de Rabat

Question de recherche .3

Quel est le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans la démarche de l'amélioration continue de la qualité

## CHAPITRE II : RECENSION DES ECRITS

La recension des écrits sert à faire l'inventaire et à documenter la pertinence de l'ensemble des publications se rapportant à la problématique traitée (Fortin, 1996). Cette recherche documentaire a permis d'élargir et d'approfondir les bases conceptuelles et d'en établir des liens entre cette étude et les travaux de recherche effectués par d'autres chercheurs pour enfin saisir toute la portée des concepts en jeu. En d'autres termes, elle a permis de réaliser la synthèse de chaque concept en examinant ses fondements historiques, conceptuels, théoriques et empiriques

### I- La qualité

Un survol de la littérature sur le concept qualité permet de constater tout d'abord que la qualité n'est pas une notion nouvelle et les écrits en fournissent plusieurs définitions. Enracinée dans la tradition de l'entreprise, la qualité a commencé au Japon et aux Etats-Unis. Les théoriciens les plus célèbres sont W. Edwards Deming et Joseph M. Juran (Schultz, 1997). La notion de la qualité est difficile à définir de façon claire et précise. Comme c'est le cas du mot santé, le mot qualité, que tout le monde utilise, est perçu différemment par chaque personne. Etant une affaire collective, le concept qualité est multiforme et multidimensionnel et est aujourd'hui une préoccupation majeure des hôpitaux (Jacquerye et coll., 1999 ; .(Abbad, 2001, Douquet, Grenier, 2002 ; Munoz et Leboul, 2005

D'une manière générale, dans le nouveau petit Robert (1993), le terme qualité, datant du XII<sup>ème</sup> siècle, renvoie au latin « Qualitas », de « qualis » qui signifie la manière d'être, plus ou moins caractéristique. Se référant à la définition normalisée au niveau international et contenue dans la norme ISO 8402, le nouveau dictionnaire de la qualité de Goudron et Fournier (1997), définit la qualité en tant que « caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites » p.126. Cette même définition est retenue par Sébilo et Vertighem (1997) p.5, dans la mesure où ils ne veulent pas soulever des controverses et parler le même langage

De sa part Brunelle (1993), considère la qualité comme « un jugement porté sur l'écart qui sépare ce qui est réalisable et ce qui peut et doit être réalisé de ce qui est effectivement réalisé » (p. 10). D'après Crosby, cité par Leplâtre et Collard (1998), la qualité n'est pas une valeur en elle-même, mais un processus qui n'a pas de fin. C'est ainsi qu'on parle de roue, de boucle ou de spirale de qualité, qu'il exprime joliment par la formule « la qualité totale n'est pas une destination mais un voyage » (p. 43). Juran (1951) cité par Détrie (2003) a démontré que les profits peuvent être accrus par la réduction des coûts de la non qualité, en se basant sur trois procédés: planification, contrôle et amélioration. Pour Crosby (1979), cité la qualité est « la conformité aux spécifications ». En étudiant les coûts de la non qualité, l'auteur décrit ici la notion de zéro défaut, car les coûts de la non qualité sont plus élevés que celles des améliorations de la qualité. Enfin, pour Ishikawa (1984), cité par Détrie (2003), la qualité est « l'aptitude à satisfaire le client » p.20. Pareillement, l'auteur rapporte aussi la définition de la qualité selon la norme ISO 9000 comme une « aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences » (Détrie, 2003) p. 21

Dans le domaine des soins de santé, le concept qualité apparaît complexe et il n'y a pas de réel consensus sur la définition même de la qualité (Haddad, Roberge, Pineault, 1997 ; Reeves, Bednar, 1994 rapporté par François et Rhéaume, 2001). En 1987, l'OMS définit la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (Vossart, 2000, p.11). Cette définition fait allusion à la conformité aux normes et aux

indicateurs nécessaires à l'évaluation de la qualité. Ce qui rejoint Roemer et Montoya Aguillar (OMS, 1988), qui définissent quant à eux la qualité des soins de santé comme étant « l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions que l'on sait sûre et qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition en fonction des besoins du client » (MSP5(\*) du Niger, 1998). Une autre définition de la qualité, spécifique aux soins infirmiers, est rapportée par Jacquerye (1983) citée par Hubinon (2004), selon laquelle la qualité des soins infirmiers est « la conformité à des normes élaborées et reconnues par la profession infirmière » p.53

A travers les définitions précitées, le concept qualité est présenté dans sa signification générale, ensuite dans le domaine de la santé et enfin par rapport aux soins infirmiers. Aussi, l'analyse des définitions des différents auteurs montre que la qualité a été abordée à différents angles : la qualité en tant que résultat par rapport à la satisfaction des prestataires et par rapport à des normes, la qualité en tant que processus continu d'amélioration et la qualité dans sa dimension économique par rapport au coût de la non qualité. Par ailleurs, il est à retenir que la qualité est une notion remarquablement subjective. Les méthodes pour obtenir cette qualité ont toutefois évolué dans le temps, et la compréhension de cette historique est indispensable pour bien saisir les mouvements et les courants qui agitent le monde de la qualité aujourd'hui. Le concept qualité est souvent associé à d'autres termes, en faisant ainsi un ensemble de construits, qu'il convient d'en préciser la signification et les saisir

## II- La démarche qualité

Selon le nouveau dictionnaire de la qualité de Goudron et Fournier (1997) la démarche qualité (DQ) est la « mise en place de moyens et de leur organisation en termes de prévision, de contrôle afin d'atteindre les objectifs qualité » p.58. L'ANAES (2002), quant à elle, indique que « la démarche qualité est une façon d'agir en qualité » (p.70). Pour la norme ISO 8402, citée par Vossart (2000), la DQ est « l'ensemble des actions que mène une entreprise pour se développer par la satisfaction de ses clients » p.9. Cette même conception de la qualité est rapporté par Guénot (2005), qui la définit en référence à la définition de l'AFNOR6(\*) comme « l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer » p.9. Cette définition fait allusion à une démarche de changement qui s'appuie sur une démarche de management ; cela suppose une mobilisation de l'ensemble (du personnel et la mise en oeuvre d'actions pertinentes d'améliorations (ANAES, 2002 et DGAS7\*), 2004

La « démarche qualité » qui est une façon d'agir en qualité, apparait donc comme étant une démarche organisée, correspond à un processus d'ACQ des prestations fournies, afin de conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles. Elle est une progression permanente, volontariste et collective, supposant entre autres une grande motivation des hommes (Bonnard, 2001 ; ANAES, 2002). Elle apparait comme une opportunité pour les établissements de santé en permettant en équipe, l'utilisation appropriée de méthodes et d'outils de la qualité. Cela implique une démarche active, mouvante et dynamique ((Charvet-Portat, Jarlier, Préaubert, 1998 ; Vossart, 2005

: Dans la littérature, plusieurs approches possibles sont identifiées dans la DQ, dont on peut citer

L'approche client, axée sur la compréhension, la satisfaction, l'écoute et l'attention aux clients ; la mesure

;(L'approche systémique (intrants, processus, extrants

;(L'approche évaluative, proposée par Donabedian en 1966 (structure, processus, résultats

.(L'approche par la performance, axée sur l'efficacité, l'efficience (ANAES, 2002 ; Dore, 2005

D'autres lesquels ont ajouté d'autres approches comme l'accréditation, la normalisation et la certification, l'amélioration continue, la démarche participative, le leadership, l'approche managériale axée sur l'implication. Quoi qu'il en soit, malgré la diversité des définitions, la mise en oeuvre de la DQ permettra non seulement d'optimiser le fonctionnement et l'organisation des structures, mais aussi de réduire les

dysfonctionnements et clarifier les procédures tout en faisant participer tout le personnel (Vossart, 2000). Toutefois, il reste des impondérables qui apparaissent fréquemment dans la mise en oeuvre des DQ : (Détrie, 2003). Entre autres on cite

- ,la compétence professionnelle et organisationnelle ·
- ,le souci du client ·
- ,le management, la maîtrise collective du processus ·
- ,la culture de la mesure ·
- .et enfin la mise en place de standards, d'équipements et de procédures ·

Dans le domaine des soins infirmiers, la DQ entreprise au sein des unités de soins aurait comme effet d'améliorer rapidement le contenu de la prestation, de diminuer la charge de travail et rendre le personnel soignant plus disponible. Cependant, des études montrent que des insuffisances peuvent être découvertes. Celles-ci peuvent être décrites en terme de manque de concertation au sein des équipes, l'insuffisance d'approche méthodologique d'encadrement dans le domaine de la qualité, l'existence d'un travail trop .(cloisonné et la méconnaissance des textes réglementaires (Jacquerye et coll., 1999

Au regard de la multiplicité des classifications des DQ et vu la complexité des concepts, cette présente étude a jugé utile d'adopter l'analyse des termes suivants: le contrôle qualité, l'assurance qualité, l'amélioration continue de la qualité, la gestion de la qualité et le management de la qualité

Le contrôle qualité (CQ) Le contrôle de la qualité consiste à mettre en oeuvre un ensemble d'activités .1 telles que « mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre un ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques » (Guénot, 2005 p.10). C'est un ensemble d'activités, permettant de comparer les résultats obtenus aux objectifs visés avec des exigences spécifiées. En d'autres termes, c'est la recherche de la conformité par rapport aux caractéristiques déterminées au préalable. Cette démarche est parfois plus connue sous le nom de détection de la non-qualité. Le CQ est donc un des outils utilisés par l'assurance qualité pour vérifier si l'organisation est à même de répondre aux exigences de ses clients .((Smans et Ver Elst, 1997

Assurance qualité (AQ). La notion de l'AQ est l'une des composantes de la DQ. C'est un « Ensemble .2 d'actions préalables, systématiques et nécessaires permettant de donner la confiance appropriée en un produit censé satisfaire aux exigences de qualité (TCHAS(\*), 2002). Dans le système de santé, François et Rhéaume (2001) rapportent que l'AQ est une approche normative qui vise la conformité des structures, des processus et des résultats à des normes spécifiées (Donabedian, 1998 ; Koeck, 1998). De plus, l'AQ est centrée sur la maîtrise des processus et donne une importance primordiale aux activités de formalisation, à la documentation de la qualité et à la traçabilité (François, Labarère, Bontemps, Weil, Calop, 1997 cités par François et Rhéaume, 2001 p.19). Du côté des soins infirmiers, l'assurance de la qualité se définit comme « la mise en oeuvre d'un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiques destinées à donner confiance en l'obtention de la qualité requise » (Hubinon, 2004, p.33.) Du point de vue de la normalisation, l'ISO 8402 définit l'AQ comme « l'ensemble des activités préétablies et systématiques mises en oeuvre dans le cadre du système qualité et démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité » (Jacquerye et coll., 1999, p.251 ; Goudron et Fournier, 1997 ; Smans et Ver Elst, 1997). De nos jours, l'ISO 9000 et l'étude de la DGAS (2004) rapportent que l'AQ fait partie du management de la qualité visant à donner confiance, face .aux exigences de qualité

A la lumière de la recherche bibliographique sur ce concept, la littérature scientifique apporte de nombreuses définitions de l'AQ. Celles-ci comprennent deux aspects consécutifs et complémentaires qui sont l'évaluation de la qualité des soins d'une part et le maintien et/ou l'amélioration de la qualité des soins d'autre part (Jacquerye, Thyse et Maas, 1988). Cette notion consiste à assurer qu'on a ce qu'il faut pour

réaliser la qualité, c'est-à-dire garantir aux clients un degré d'excellence, appelé aussi la qualité des soins optimale (Jacquerye et coll., 1999). D'autres auteurs tels que Douguet et Munoz (2005) rapportent que l'AQ renvoie à la mise en conformité des pratiques avec des standards préexistants ; c'est-à-dire la mise en place de documents, des protocoles écrits et des référentiels. Ainsi, ces éléments permettront de comprendre que le concept de l'AQ comprend un ensemble de lois, normes, règles (...) qui constituent les références de base pour la roue de Deming. En d'autres termes, l'AQ consiste à assurer qu'« on a ce qu'il faut pour réaliser la qualité ». De nos jours, le concept de l'AQ fait partie du management de la qualité qui vise à donner confiance (DGAS, 2004).

La différence existante entre l'AQ et l'ACQ est que dans l'AQ, c'est obtenir certainement un niveau de qualité spécifié alors qu'avec le principe d'ACQ, l'objectif de progrès est rendu permanent avec une vision d'avenir (ANAES, 2002). Cependant, dans l'étude de Jacquerye et all., (1999), ce concept, a évolué laissant sa place à celui de l'ACQ. Cette évolution est décrite par la simple raison que la qualité n'est pas quelque chose d'acquis, en plus ce qui est excellent aujourd'hui ne peut pas l'être demain vu l'évolution des connaissances, les changements socioéconomiques et la prise en compte du contexte des ressources humaines, matérielles et financières disponibles. Donc, la démarche d'ACQ a sa place aujourd'hui et tient en compte toutes les dimensions sociales, économiques ainsi que les changements organisationnels.

Amélioration continue de la qualité (ACQ). Le concept d'ACQ est l'une des approches de la démarche qualité. Il a été développé par Deming et Juran dans les années 1950 (Berwick, 1996 ; Chassin, 1996 cités par François et Rhéaume, 2001). L'ACQ qui est l'une des méthodes de management moderne (Orgogozo, 1997) fait partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences (ANAES, 2000 ; DGAS, 2004 ; Shortell, 2005). C'est la raison pour laquelle elle est considérée comme l'une des méthodes de management moderne (Orgogozo, 1997). Pour saisir le sens de ce concept, plusieurs auteurs ont énoncé la définition de cette démarche. Dans le domaine des soins infirmiers, Jacquerye et Thaysse (1997) cités par Hubinon (2004) déclarent que : « l'ACQ comprend un ensemble de philosophies et de méthodes adaptés par l'institution pour assurer une amélioration continue de l'ensemble de ses activités » p.57. Morin (2000) cité par Lefort et Deletoile (2000), prône que l'amélioration de la qualité, est l'identification et l'évaluation des changements systématiques pour améliorer la qualité des structures, des processus et/ou des résultats de soins sur la base des appréciations des usagers de soins autant que sur la base des indicateurs de performance professionnelle et systématique (p.8). De part ces définitions, il ressort que le fait de placer la personne au cœur des prestations et de s'occuper de l'ACQ a toujours été une recherche inhérente à la pratique infirmière depuis la voie tracée par des pionnières comme Florence Nightingale (Lefort et Deletoile, 2000, p.5). De plus, se basant sur l'amélioration du ou des processus, l'ACQ a toujours pour raison d'être, la satisfaction du client et de ses besoins (ANAES, 2002). Dès lors, la démarche d'ACQ est désormais inscrite dans tous les progrès stratégiques hospitaliers (Abbad, 2001), notamment celui de la stratégie du MS marocain et du Centre Hospitalier Ibn Sina. L'objectif de cette démarche est d'instaurer une démarche pérenne conduisant à une véritable culture institutionnelle de la qualité dans l'établissement (Rowland, 1992 cité par Hubinon, 2004 ; Rouressol, 2004). Pour atteindre cet objectif, il faut qu'il y ait l'adhésion, la mobilisation, la participation active et la responsabilisation de tous les professionnels de santé (François et Rhéaume, 2001 ; Rouressol, 2004 ; HAS9(\*), 2007). En général, l'ACQ repose sur (1) l'emphase sur les processus organisationnels et les systèmes comme causes de défaillances, (2) l'utilisation de méthodes structurées de résolutions de problèmes, (3) la mise en place de groupes de travail multidisciplinaires, (4) la responsabilisation des personnels et (5) la référence explicite aux clients externes et internes (Shortell, 1995 cité par François et Rhéaume, 2001). De façon plus simplifiée, Douguet, Munoz et Leboul (2005) affirment que la méthode de l'ACQ se fonde sur quatre étapes suivantes : (1) une analyse méthodologique du processus concerné et de son déroulement, (2) une identification des principaux dysfonctionnements et de leur origine, (3) la définition des actions d'amélioration, qui consistent le référentiel qualité et (4) l'évaluation par la conception d'indicateurs d'un dispositif reposant sur la réalisation d'audits qualité qui permettent de suivre et d'améliorer le niveau de qualité souhaité.

En soins infirmiers, Hubinon (2004) indique que l'ACQ des soins comporte deux étapes à savoir l'identification des causes et la détermination des moyens et actions à mettre en œuvre (mesures correctives pour maintenir la qualité des soins). Au plan pratique, cette démarche consiste d'abord à repérer les problèmes (opportunités d'amélioration) qui surviennent au sein de la structure, puis rédiger un plan

d'amélioration (analyse des causes, élaboration de solutions, mise en oeuvre d'actions correctives et évaluation) (François et Rhéaume, 2001 ; Bellemare, 2003). En définitive, l'ACQ est une démarche structurée qui permet à une équipe soignante, notamment à l'infirmier-chef de l'US et ses collaborateurs de résoudre collectivement le problème. Grâce à l'amélioration systématique des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'implication active de tout un chacun dans la démarche d'amélioration sont des enjeux managériaux pour l'infirmier-chef de l'US

L'ACQ qui traduit la recherche de la qualité devrait entraîner de profonds changements, car elle engage les infirmiers chefs à « gérer » leurs unités de soins plutôt qu'à les « administrer ». Ce qui incite ces professionnels à accorder une importance particulière à leur rôle de manager (Bonnard, 2001). Le choix de l'ACQ, puisqu'elle est volontariste et collective sur une longue durée, engage un établissement ou un service à conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles (DGAS10(\*), 2004). Cette démarche peut être rendue possible lorsqu'il s'agira de développer la communication horizontale par les (relations clients/ personnels et par le partage des problèmes (Détrie, 2003

(Cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act

Inventé par Walter A. Shewhart, le cycle PDCA a été approfondi et mis en oeuvre au Japon dans les années 50 par W. Edwards Deming qui lui donna le nom de cycle de Shewhart. Ce procédé reste l'une des pierres angulaires des efforts d'amélioration de la qualité (Schultz, 1997). De nos jours, ce cycle est appelé le plus souvent PDCA et connu également sous le terme amélioration de la qualité, ou encore roue de Deming, du nom de W. Edwards Deming, statisticien et philosophe américain qui a développé le concept de maîtrise des processus. Le cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act) est composé de quatre éléments qui veulent dire Planifier, Faire, Vérifier, Agir (voir figure n°1). Ce cycle représenté par Deming sous forme d'une roue qui tourne avec 4 étapes ou temps, permet de développer la prévention afin de réduire le besoin de corrections. Donc à chaque tour de roue correspond un cycle d'amélioration : 1) P : Plan (planifier, préparer,) ce que l'on va faire, définir ce que l'on veut obtenir et comment l'obtenir, ou encore prévoir ; bref en établir un plan pour définir le processus, le domaine à améliorer; 2) D : Do (faire, démarrer, appliquer, exécuter) mettre en oeuvre, réaliser, ou exécuter le plan (des possibilités d'amélioration, formulation et amélioration du processus) ; 3) C : Check (vérifier, mesure) vérifier les résultats, analyser, contrôler et en tirer les leçons; 4) A : Act (agir, réagir, assurer) adopter, améliorer c'est rechercher et analyser des possibilités de progrès puis les mettre en oeuvre, agir en fonction des conclusions de l'étape 3 (Chaminad, 2005; Hosotani, 1997; Schultz, 1997). Il s'agit d'un cycle continu de l'amélioration de la qualité par étape. Cette méthode permet d'exécuter un travail de manière efficace et rationnelle et peut être utilisée à un niveau global, dans une conception de projet ou conduire une action d'amélioration. De plus, elle permet d'améliorer les pratiques existantes, augmenter les exigences, progresser au delà de la simple AQ (Rouressol, 2004

Act 1-Plan-4

Agir Planifier  
Check 2-Do-3

Vérifier Faire

Amélioration Continue

.Figure n°1: Le cycle PDCA selon le principe de la Roue de Deming

Source : Hosotani, K. (1997) p.56

Cette démarche n'est rendue possible que grâce aux activités courantes, notamment les réunions, les rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels, les communications et la formation appropriée (IDGPSA11(\*), 2005). De ce fait, l'ACQ fait partie des méthodes du management moderne (Orgogozo, 1997). Ayant démontré et fait ses preuves d'améliorations de la qualité dans le fonctionnement des structures de santé (Rouressol, 2004), la méthode PDCA sera utilisée dans cette étude, vu qu'elle place le

.client au coeur de la démarche

Améliorer Planifier

Vérifier Faire

Figure 2: La roue de Deming et la cale de l'assurance qualité

Assurance de la qualité

Source : Détrie (2003) p.300

La roue de Deming tourne en gravitant une pente. L'AQ est une cale qui garantit et empêche le niveau de la qualité de redescendre plus bas (Détrie, 2003). Pour gravir la pente, il faut sans cesse encourager la détermination, poursuivre le cycle et ne pas s'arrêter après l'étape de réalisation. C'est la raison pour laquelle ce procédé est un Cycle continu de l'amélioration de la qualité par étape, et qu'un nouveau cycle .PDCA fera suite au précédent pour suivre l'amélioration du processus ou s'intéresser à un autre processus

La gestion de la qualité (GQ). D'après le nouveau dictionnaire de la qualité de Goudron et Fournier .4 (1997), la GQ est un « aspect de la fonction générale de gestion qui détermine la politique qualité et la met en oeuvre » p.84. Elle comporte la planification stratégique, l'allocation des ressources et d'autres activités opérationnelles et d'évaluation relatives à la qualité. Selon Grenier (2002), la GQ n'a de sens que dans une perspective où elle sert de tremplin pour, d'une part, identifier la qualité existante et, d'autre part, toujours chercher à améliorer. De plus, le même auteur prône que la mission du gestionnaire de la qualité des soins-services est l'ACQ. Ainsi, il insiste sur le fait que pour être gestionnaire des soins-services il faudra planifier, organiser, diriger et contrôler les activités de soins aux usagers et celles afférentes aux soins et services. Cette idée est également partagée par Jacquerye (1999) qui rapporte que la GQ met en avant la notion d'ACQ des soins. Dans le même ordre d'idée, Anchisi, Berra et Pott (2004) ont souligné que les cadres infirmiers participent activement à la GQ et sont également responsables du maintien d'un bon niveau de soins. Ils sont des gestionnaires d'équipe, des planificateurs. Principalement, ces auteurs ont exploré le lien entre la GQ et les soins infirmiers afin de répondre à la problématique de l'organisation de travail et de la reconnaissance professionnelle. Ils ont retenu l'importance accordée à la GQ pour l'amélioration de l'organisation du travail. Selon ces auteurs, la GQ a mobilisée l'énergie des cadres infirmiers et leurs collaborateurs. De nos jours, ce concept a évolué, laissant sa place au management de la .(qualité (Smans et Ver Elst, 1997

Le management de la qualité (MQ). Le MQ fait partie de la DQ. Pour Détrie (2003), le MQ est un « .5 ensemble de méthodes et des pratiques visant à mobiliser tous les acteurs de l'entreprise pour la satisfaction durable des besoins et attentes des clients au meilleur coût » (p. 22). Aussi, en se référant à la Norme ISO 9000 dans sa version 2000, il définit le management de la qualité comme un ensemble d'activités coordonnées permettant l'orientation et le contrôle d'un organisme dans le domaine de la qualité. Cet auteur énumère les principes de MQ, qui sont l'orientation client, le leadership, l'implication du personnel, l'approche processus pour l'atteinte de résultats escomptés, le management par approche système, l'amélioration continue, l'approche factuelle pour la prise de décision et les relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs. Il s'agit d'un ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion d'une entreprise, tournées vers une amélioration constante de la qualité (TCHA, 2002). Selon le nouveau dictionnaire de la qualité de Goudron et Fournier (1997), le MQ est un « ensemble des activités de la fonction générale de management qui détermine la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en oeuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'AQ et l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité (selon la norme ISO 8402) ». Cette définition est aussi rapportée par d'autres auteurs (Sibélo et Vertigheim, 1998 p.6 ; Jacquerye et coll., 1999 p.251). De plus, en pratique, le MQ requiert l'engagement et la participation de l'ensemble du personnel pour atteindre le niveau de qualité souhaité, c'est dans ce sens que la mise en oeuvre du MQ est l'affaire de tous et que .(chaque responsabilité doit être définie à tous les niveaux de la hiérarchie (Jacquerye et coll., 1999

En définitive, le MQ qui est lié au concept ACQ, repose sur l'amélioration constante de la qualité,

correspondant ainsi, à un mode de gestion de l'US. Ce concept favorise une meilleure implication de chacun et permet une cohérence de l'organisation des activités, entre autre, prévoir ce qui doit être fait, vérifier ce qui était prévue et apporter des améliorations (ANAES, 2002 ; Jacquerye, 1999). C'est la raison pour laquelle Détrie (2003) souligne que la qualité doit être managée

En explorant la littérature et conformément à la Circulaire du CHIS préalablement citée, le MQ est devenu aujourd'hui une préoccupation centrale. Ainsi le CHIS, s'est inscrit dans une démarche d'ACQ, par l'implication des différents acteurs de soins et services et en plaçant le client au centre de sa préoccupation

Cette étude est axée sur l'ACQ comme élément de la DQ et incluse dans le MQ. En effet, dans le cadre de l'ACQ, l'infirmier-chef doit développer des méthodes et des outils, pour mener des actions correctives et aussi préventives pour satisfaire les besoins des patients et répondre à leurs exigences. A cet égard, le maintien et l'ACQ constituera l'objectif principal de l'infirmier-chef de l'US, car il est désigné comme acteur clés dans les organisations hospitalières et doit posséder de réelles compétences de manager et de leadership pour rendre ses collaborateurs, acteurs de progrès et de qualité (Dusausoy, 2001)

### III- Le cadre de référence

L'adhésion collective d'une équipe soignante engagée dans une DQ à l'aide la méthode PDCA, permettra, d'une part la mise en évidence d'un certain nombre de « dysfonctionnements et des variations » ou du moins de problèmes sur le plan de l'activité réalisée, et d'autre part, proposer des pistes d'amélioration. L'infirmier-chef, en sa qualité de responsable de l'US a un rôle important à jouer pour la réussite de tout projet visant l'amélioration de la qualité. Inspiré de la roue de Deming, le modèle conceptuel ci-dessous précise les différents rôles qui lui sont dévolus. Dans ce même cadre de référence, le client est placé au centre de préoccupation de l'infirmier-chef et de l'équipe soignante. Ces derniers s'engagent de manière collective à mettre en place les stratégies d'ACQ pour répondre aux besoins réels du client, qui peut être un patient, un usager ou un demandeur de service

Cadre conceptuel adapté de la roue de Deming

Amélioration continue

Infirmier-chef de l'unité de soins

(Rôle de manager et de leadership)

Equipe

Cycle

PDCA

Soignante

Client

Tapez une citation prise dans le document ou la synthèse d'un passage intéressant. Vous pouvez ] placer la zone de texte n'importe où dans le document. Utilisez l'onglet Outils de zone de texte pour modifier [la mise en forme de la zone de texte de la citation

(Cale de l'AQ (Normes, règles, lois

Définition des concepts de l'étude .1

L'unité de soins (US) constitue un lieu stratégique au sein de l'établissement puisque « C'est une entité intégrative de l'activité hospitalière. Elle est à la fois, le champ clos de la fonction de soins orientés selon une

division de travail coordonné. Elle est l'espace ouvert à toutes les interfaces professionnelles, fonctionnelles et administratives de l'organisation globale de l'hôpital » (Ait Chitt, 2006). Dans ce modèle conceptuel, l'US désigne un service clinique d'hospitalisation où exercent l'équipe soignante, les médecins, l'administration du monde hospitalier et l'infirmier-chef. Ce dernier occupe donc, une place particulière dans l'unité de soins, dans la mesure où il fait le lien entre les différentes parties qui la composent. Dans l'US, l'infirmier-chef est responsable de la gestion des US, de l'organisation des soins et de la coordination de toutes les activités de l'US (Desnouveaux, 1994). Dans une démarche d'ACQ et par rapport à notre cadre conceptuel, quatre rôles sont attribués à l'infirmier-chef

Rôle de l'infirmier-chef et démarche qualité .2

: Rôle de manager et de leader 2.1

En se référant au règlement intérieur des hôpitaux<sup>12</sup>(\*), dans son article 22, les attributions de l'infirmier-chef de l'US ont été bien spécifiées. Il stipule que

Les infirmiers-chefs des unités de soins ou de service sont chargés de planifier et de superviser le » travail des infirmiers, des techniciens, du personnel de soutien et de tout autre personnel au sein des unités de soins. Ils évaluent les besoins des patients et s'assurent que les soins ou les prestations requises sont dispensées convenablement. En outre, ils planifient et gèrent les ressources humaines, matérielles et financières des unités de soins. Par ailleurs, ils veillent sur la qualité des soins infirmiers et sur le respect des procédures administratives ainsi que sur le respect des règles d'éthique, de déontologie et de l'application des règles professionnelles » (Ministère de la Santé, 2004) p.20. Quatre grands rôles attribués à l'infirmier-chef se dégagent de ce règlement : (1) La planification et la supervision des activités des ressources humaines mises sous sa responsabilité, (2) la gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières de l'unité, (3) l'évaluation des besoins des patients en garantissant la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients et (4) le respect des procédures administratives en place, des règles d'éthique et de déontologie et l'application des règles professionnelles. Un système d'information et de communication doit être mis en place pour accompagner ces différents rôles

Les théories de Mintzberg (2004) affirment que les managers planifient, organisent, coordonnent et contrôlent, et surtout il précise qu'un manager doit savoir motiver et encourager le personnel d'une certaine manière et que son influence est la plus évidente dans son rôle de leader. Dans la pratique, l'infirmier-chef doit sans cesse exercer son rôle de manager pour maintenir la qualité ; ceci veut dire motiver son équipe vers la satisfaction durable de ses clients (Détrie, 2003). De ce fait, il est nécessaire qu'il mette l'accent sur l'amélioration de la qualité afin de s'assurer que la pratique est conforme aux procédures et à l'organisation mise en place (Jacquerye et coll., 1999). Il faut aussi préciser que manager ne veut pas dire manager la qualité, mais plutôt à l'aide de l'option PDCA choisie, manager les ressources en vue de permettre l'aboutissement de la démarche d'ACQ. Par conséquent, l'infirmier-chef n'est d'autre qu'un manager de l'équipe qui organise, anime, motive, communique, délègue (faire-faire), gère, analyse, décide et prévoit. Logiquement, une démarche fondée sur la collaboration contribue à la qualité des soins axés sur le client (Duran, 2001). Certes, difficile, mais passionnant d'être un manager d'une équipe. L'important est que l'infirmier-chef puise ses éléments d'ailleurs, qu'il adapte en fonction des circonstances, et signe tant la singularité et son comportement d'être humain que ses compétences managériales (Hesbeen, 2002). Il doit jouer le rôle de leader plutôt que celui du chef

Selon Migani (1993), le leadership est une manière d'exercer le pouvoir, en mobilisant et améliorant les énergies du personnel engagé dans un projet. C'est un rôle interpersonnel du manager (Mintzberg, 2004) et qui signifie « faire en sorte que les autres soient en mesure de relever des défis et de parvenir à des résultats dans des situations complexes » (MSH13(\*), 2006, p.173). Etant responsable d'une équipe dans une unité de soins, l'infirmier-chef est appelé à déployer son leadership qui lui permettra de développer le potentiel de ses collaborateurs à surmonter les forces de changements et avoir de nouvelles perspectives (AIC, 2002 ; Blanchard et Miller, 2008). Dans la pratique, certaines lacunes peuvent survenir, notamment dans le développement de leadership infirmier au niveau des ses compétences et dans la gestion des US. Pour cela, les compétences d'un leader peuvent être défini de la manière suivante : travail collaboratif (en équipe), motiver les équipes à s'engager, mener le changement, communiquer efficacement (MSH, 2006

Considéré comme un élément essentiel des fonctions de management et dans la démarche d'amélioration de la qualité, le leadership est cité comme étant un apport réel de nouveaux savoirs-être (Migani, 1993 ; AICC, 2002). Cette notion est reconnue comme une des activités dans l'organisation de la pratique infirmière et est appelée à un processus d'évaluation et l'amélioration de la qualité (Gruson, 2002 ; Hubinon, 2004). De plus, la mise en place d'une démarche d'ACQ est un moyen privilégié pour faire prendre conscience à chacun de son existence au sein de l'équipe qui constitue l'unité de soin (Sébilou et Vertigheim, 1998). C'est la raison pour laquelle l'infirmier-chef doit avoir un style de leadership, puisqu'il est le moteur de son équipe, pour garantir et assurer des soins de qualité aux clients (AICC14(\*), 2003 ; Duran, 2001). Aujourd'hui et plus que jamais, le leadership s'avère nécessaire pour les organisations de santé, puisqu'il fournit des approches pratiques aux responsables des US aux défis qu'ils rencontrent notamment, l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins aux patients (Jeans et Rowat, 2004 ; MSH, 2006). Ces mêmes rôles sont aussi définis dans l'ACQ, où l'infirmier-chef de l'US est appelé à jouer un rôle de chef de file dynamique et actif, de guide, de collaborateur et de défenseur des soins de qualité. De même, il contribue à la formation permanente de son équipe et la motive pour assurer des soins de qualité

Le management et le leadership sont des concepts distincts qui partagent une large interface, car ils s'arriment tous les deux au travail en compagnie d'autres personnes en vue d'atteindre certains objectifs (Blais et Sinclair-Desagné, 2002). Pour devenir un manager-leader, les infirmiers-chefs des US devront progressivement changer leur façon de penser pour voir en eux comme des personnes qui mobilisent les autres vers un mode de travail collaboratif pour pouvoir améliorer les choses et parvenir à des résultats. Ceci demande un perfectionnement constant et l'engagement des ces cadres à l'action participative partagée par l'ensemble du personnel (Abbad, 2001). En appliquant de façon régulières les pratiques de leadership et de management, l'infirmier-chef renforcera la capacité et les résultats de l'US vers l'ACQ .(centrée sur le client (Blanchard et Miller, 2008 ; Jeans et Rowat, 2005 ; MSH, 2006

Rôle de l'infirmier-chef envers le client : la définition de la qualité selon l'ISO 8402 place le client 2.2 (usager, patient...) avec ses besoins et ses attentes au centre de la démarche d'ACQ (Jacquerye et coll., 1999). Le client représenté au centre, est un organisme ou personne qui reçoit un produit (ISO 9000). Dans ce sens, l'infirmier-chef de l'US est le garant de la qualité de soins administrés aux patients (Hubinon, 2004). C'est ainsi que son rôle d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients est défini

:Rôle de l'infirmier-chef dans la méthode PDCA 2.3

; (P : définir la façon de réaliser l'action à améliorer (méthodes et moyens nécessaires

; D : assurer l'encadrement et la formation du personnel et exécution du plan d'amélioration

; C : mettre en place des actions d'amélioration et vérification des résultats par rapport au plan

.(A : assurer le suivi et l'évaluation des actions d'amélioration (mesures correctives, tableaux de bord

Rôle de l'infirmier-chef envers l'équipe soignante : les écrits fournissent plusieurs définitions de 2.4 l'équipe soignante qui décrit le contexte humain dans lequel la collaboration se développe. Cette relation de confiance basée sur la communication entre l'infirmier-chef et l'équipe soignante est nécessaire dans la mesure où elle diminue les résistances au changement. Dans leur étude, Anchisi, Berra et Pott (2005) ont mis l'accent sur l'aspect participatif auquel doivent se pencher les cadres infirmiers dans la collaboration et la mobilisation des leurs collaborateurs. Ceci suppose que ce professionnel doit jouer au sein de l'équipe soignante, le rôle de: (1) Motivation (mobilisation, encouragement, soutien, sens du travail en équipe), (2) encadrement, d'animation et de formation de l'équipe soignante et (3) information et communication avec l'équipe soignante (réunions). Dans ce sens que l'ACQ des soins est un voyage de groupe (Bellemare, 2003), où tous les professionnels doivent se rassembler (Husser, 2006). C'est pourquoi la démarche doit être fondée sur la collaboration, car si l'infirmier-chef de l'US n'y prend pas garde, il peut rapidement s'écrouler avec son équipe sous le séisme provoqué par son propre mode de management (Duran, 2001). En parcourant ces écrits, il a été développé particulièrement, le management participatif qui a permis de comprendre que ce dernier permet l'autonomie de l'équipe soignante, sa responsabilisation, sa motivation

et sa cohésion. Du point de vue international, l'OMS (2006) affirme qu'il n'est pas rare que les membres du personnel trouvent des solutions simples et efficaces pour améliorer leurs propres prestations, et il convient de les encourager à partager et à mettre à exécution leurs idées

## PHASE METHODOLOGIQUE

La démarche qualité est le seul moyen de satisfaire simultanément le client, l'organisation »

(et le personnel » Hamalian et Ségot (1996  
CHAPITRE III : LES METHODES

Devis de recherche et type de l'étude .1

Il s'agit dans ce travail d'une étude exploratoire et descriptive de niveau I, de nature quantitative et qualitative (mixte), qui vise à décrire le rôle de l'infirmier-chef dans l'ACQ

Population cible et échantillon .2

La population cible : La population visée par l'étude est constituée (a concernée) de l'ensemble des 2.1 infirmiers-chefs des US au niveau de l'HIS de Rabat, milieu de l'étude. Selon les données sur les effectifs des infirmiers-chefs obtenus auprès de la Division des Soins Infirmiers de la Direction du CHIS de Rabat, le nombre correspondait à 46 infirmiers-chefs au total. Le choix de ces participants à l'étude a pour but de recueillir des informations par rapport à leur rôle dans l'ACQ. Le fait d'inclure la totalité des infirmiers-chefs est jugé nécessaire car, tout d'abord, il s'agit d'une petite population (46 infirmiers-chefs) et qui sont facilement accessibles. Sont exclus de cette étude, les infirmiers exerçant en qualité d'infirmiers-chefs adjoints des US à l'HIS de Rabat

: Echantillon 2.2

Pour le questionnaire, il n'ya pas eu d'échantillonnage puisque le fait de se limiter à un échantillon réduit risquerait de perdre certaines informations essentielles

Pour l'entretien par focus-group, six infirmiers-chefs des services ayant implanté un projet qualité ont constitué les participants à cet entretien

: Présentation du milieu de l'étude .3

Créé en 1954, l'hôpital Ibn Sina de Rabat est un établissement universitaire, faisant partie des 10 hôpitaux du CHIS de Rabat. C'est l'un des plus grands hôpitaux du Maroc avec une superficie de 11 hectares, de niveau tertiaire, à vocation universitaire et dispose d'une capacité litière de 1052. Sa renommée lui confère le caractère d'un centre de référence de soins et de consultations de rayonnement national. Malgré l'implantation de trois autres centres universitaires et de plusieurs centres hospitaliers provinciaux et régionaux au niveau du Royaume. Il dispose par ailleurs de 46 services cliniques et médico-techniques, gérés dans le domaine de soins infirmiers par les infirmiers-chefs ciblés par notre étude .(voir annexe n°7

Critères du choix du milieu de l'étude : L'étude s'est déroulée au niveau de l'HIS de Rabat. Ce choix du milieu d'étude est motivé par deux raisons : une bonne connaissance du milieu, son accessibilité grâce à un coup et un temps de déplacement réduit. En plus c'est un endroit favorable pour mener à bien la recherche

Instruments de collectes et d'analyse des données .4

Pour répondre à la question de recherche, un questionnaire et un entretien de type semi directif ont été choisis, comme instruments de collecte de données. Le recueil des données s'est déroulé du mois de mai à juin 2008

#### (Questionnaire (annexe n°3 4.1

Le questionnaire a été conçu de manière à répondre l'objectif de l'étude. Il comprend un texte de présentation qui contient les informations nécessaires aux participants, un formulaire de consentement des participants (annexes 1 et 2) à l'étude et 29 questions ciblant les informations nécessaires par rapport à la problématique et par rapport au cadre de référence. Les questions comprennent des questions fermées par « oui » ou par « non », des questions à choix multiples ou selon besoin, des questions ouvertes. Elles ont été formulées d'un vocabulaire simple et facile pour en saisir la signification par la population interrogée. En général, le questionnaire a été conçu de manière facile à comprendre et simple à remplir. La durée entre sa distribution auprès des participants et son recueil a été fixée à une semaine

Avant sa distribution auprès infirmiers-chefs (46) de l'HIS de Rabat, le questionnaire a fait l'objet d'une analyse détaillée permettant de valider et vérifier sa fidélité. La version obtenue a été ensuite testée auprès de 3 infirmiers-chefs dans les autres hôpitaux relevant du CHIS où sont implantés les cercles de qualité. Ce pré-test a permis ainsi de clarifier, de préciser, de changer certains termes, de supprimer, rajouter ou compléter une ou des questions (Poirier-Coutansais, 1987). Au total 46 questionnaires ont été retournés procurant ainsi un taux de réponse de 100%. Pour chaque questionnaire, on retrouve : une description de la population cible, incluant les caractéristiques (sexe, âge, profil de base, ancienneté, etc.) permettant l'analyse des données

#### :Entretien semi directif 4.2

Il s'agit d'un entretien de Focus-Group avec un échantillon de 6 responsables des unités de soins où est implantée la démarche d'amélioration continue de la qualité, parmi lesquels 5 ont répondu à l'invitation, ce qui correspond à 83,33% des répondants. L'objectif étant d'identifier comment se positionnent-ils par rapport à leur rôle prévu dans la littérature et le cadre conceptuel. Cette collecte effectuée à l'aide d'un guide de Focus-Group, a fait l'objet d'une prise de rendez-vous et a duré environ 90 minutes. Dans le cadre de l'étude qui porte sur le rôle de l'infirmier-chef dans l'ACQ, cette méthode a permis de faire réagir les professionnels au thème à explorer à partir d'une trame d'entretien constitué de 7 questions. Cette façon de faire vise plus la diversité plutôt que la représentativité. Pour en faciliter l'écoute et le traitement, il a été procédé de constituer une équipe de 4 personnes comportant un animateur ayant une expérience de la dynamique de groupe et 3 rapporteurs chargés de retranscrire l'intégralité de l'entretien par Focus-Group par tout en garantissant l'anonymat. Cette deuxième étape de collectes des données après le questionnaire a permis de mieux comprendre les résultats chiffrés et d'approfondir une image fidèle de l'opinion

#### : Recherche documentaire .5

Plusieurs approches ont été adoptées pour repérer les documents pertinents pour le sujet de l'étude. Premièrement une recherche électronique d'articles les mots-clés (qualité, leadership, management, amélioration continue, etc.) parus au cours des deux dernières décennies a été effectués. Deuxièmement des ressources documentaires de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Rabat (IFCSR), l'Institut National d'Administration Sanitaire de Rabat (INAS), la Division de la Formation du Ministère de la santé de Rabat et d'autres, ont été mises à contribution. Enfin, d'autres sources réglementaires et institutionnelles, considérées pertinentes pour le sujet, ont été consultées (règlement intérieur des hôpitaux, décret, notes .(circulaires, etc

#### Considérations éthiques .6

La démarche de la recherche s'est conformée aux exigences en matière d'éthique. Tout une autorisation administrative, portant sur le recueil et l'accès à l'information, a été accordée par la Direction de l'HIS de Rabat (annexe n°8). Ensuite, leur consentement à participer à l'étude a été recherché tout en les informant sur l'objectif de l'étude et sur leur droit de décider librement à participer ou non à l'étude et de se retirer à tout moment même et sans aucun préjudice. De même ils ont été informés de l'engagement du chercheur à garantir l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies par le biais du questionnaire et de l'entretien. Enfin, le protocole de recherche a été reçu et entérinée par le comité d'éthique et de .(validation des protocoles de recherche de l'institut de formation aux carrières de santé de Rabat (IFCSR

## Traitement des données .7

Pour exploiter les résultats du questionnaire, toutes les réponses ainsi que les commentaires ont été saisies sur informatique. Un traitement statistique (descriptif) des questionnaires ainsi que la création des tableaux et graphiques ont facilités la lecture et l'interprétation des résultats obtenus. Cette interprétation, revêt à la fois un caractère quantitatif et qualitatif. Le recueil des données s'est étalé sur un mois (Mai 2008). Sur un total de 46(N) questionnaires distribués aux infirmiers-chefs des US de l'HIS de Rabat, 46(n) infirmiers-chefs ont répondu favorablement à la recherche, soit un taux de participation (TP) de 100%. Ce pourcentage témoigne l'engagement des professionnels et l'intérêt qu'ils portent à cette question d'actualité

De son côté, l'analyse des résultats de l'entretien s'est inspirée de la méthode d'analyse présentée dans l'ouvrage de Fortin (1996). Après une lecture des transcriptions des propos émis par les participants, les données ont organisées afin de faciliter leur analyse, tout en préservant les mots et expressions utilisées .par les participants pour garantir un maximum de rigueur

## PHASE EMPIRIQUE

Ne dites jamais nous n'avons pas de problèmes, les problèmes sont partout, cherchez-les activement »  
(» p. 36 Hosotani (1997

## CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

### I. Présentation et analyse des résultats

#### Présentation et analyse des résultats du questionnaire .1

##### Caractéristiques des participants 1.1

Les participants à notre enquête par questionnaire sont fortement de sexe masculin (83%) et d'un âge moyen de 50 ans. Leur ancienneté dans la profession (moyenne de 26 ans) et dans le poste d'infirmiers-chefs d'US (13 ans), laisse penser qu'il s'agit de professionnels ayant acquis une grande expérience professionnelle au niveau de l'HIS, aussi bien dans le domaine de soins, que dans celui de la gestion de leurs structures. Cependant, il faut retenir que seul 24% ont suivi une formation au niveau de l'école des cadres, ou au 2ème cycle des études paramédicales et par conséquent, ils possèdent un certain niveau de connaissances dans le domaine de la gestion de l'US. On peut supposer alors, que le reste gère leurs services selon l'habitude et les instructions de l'administration et du chef du service

: Ces caractéristiques sont illustrées dans le tableau suivant

Tableau n°1 : Les caractéristiques des infirmiers-chefs des US de l'HIS

Variable

(Fréquence absolue (n=46

(%) Fréquence relative

: Sexe

Masculin

Féminin

Age : moyenne : 50 ans

Moins de 30 ans

à 39 ans 30

à 50 ans 40

de 50 ans +

Ancienneté à l'HIS

Moins de 5 ans

à 9 ans 5

à 15 ans 10

ans 15 +

Ancienneté dans la fonction

ans 5 -

à 9 ans 5

à 15 ans 10

ans 15 +

Formation professionnelle

.(ème cycle (SSS2

Ecole des cadres

,er cycle des études paramédicales1

l'Ecole d'Etat

.Ecole de brevet

38

8

0

3

19

24

0

2

4

40

13

7

11

15

3

8

6

24

5

% 83

% 17

%0

% 7

% 52

% 41

%0

% 4

% 9

% 87

% 28

% 15

% 24

% 33

% 7

% 17

% 13

% 52

% 11

## Gestion et organisation du travail 1.2

Les infirmiers-chefs doivent disposer d'un certain degré d'autorité et d'autonomie dans l'initiative de prise de décision devant des situations de gestion de leurs unités, relativement à leur niveau de responsabilité

Les graphiques 1 et 2 suivants font ressortir l'opinion des participants par rapport à ces deux dimensions

### Graphique n°1 : Prise de l'initiative des infirmiers-chefs dans leur travail

D'après les résultats illustrés dans ce graphique, la quasi-totalité (96 %), des participants prend l'initiative par rapport à la réalisation de leur travail. Ceci révèle que les infirmiers-chefs possèdent un certain degré d'autonomie. Ce qui est confirmé par 87% des réponses, estimant qu'ils disposent de l'autorité : nécessaire pour assurer leur fonction, comme illustré dans le graphique suivant

### Graphique n°2: Disposition de l'autorité nécessaire pour assurer la fonction

Par rapport à l'évaluation de la productivité de leurs services (Graphique n°3), 3/4 des participants produisent un rapport d'activité de leurs unités, alors que le tiers restant n'en produit pas. Ce qui dénote que les méthodes de gestion et d'évaluation de la productivité ne sont pas standardisées et généralisées à l'hôpital

### Graphique n°3 : Production d'un rapport d'activités

Bien que la majorité des infirmiers-chefs ait recours à un système d'information nécessaire à la gestion de leurs unités, il apparaît encore que des efforts doivent être déployés pour généraliser la mise en place et l'utilisation de ces outils. Ainsi, on relève à travers le graphique suivant, que l'affichage des tableaux de bord est réalisé par 85% des participants et l'usage des indicateurs du service est fait par 83

### Graphique n°4 : Utilisation du système d'information pour la gestion de l'unité

Mieux gérer un service, suppose la mise en place d'indicateurs de suivi et l'évaluation continue du rendement. De même, l'ACQ n'est possible que grâce aux activités courantes, notamment la production des rapports d'activités et l'affichage des tableaux de bord et le recours aux indicateurs. En se référant à l'étude de Lefort et Deletoile (2000), les tableaux de bord sont des outils de synthèse et de visualisation des résultats d'indicateurs nécessaires dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Ils fournissent des informations nécessaires sur la qualité des soins infirmiers et permettent le suivi et l'évaluation des interventions (Hubinon, 2004). Or, il est étonnant de constater dans cette étude que seul 15% des infirmiers-chefs ignorent l'importance des tableaux de bord et 17% ne prennent pas en compte les indicateurs du service comme base pour améliorer les performances de leurs services. En plus les mécanismes de gestion des unités de soins à l'hôpital ne sont pas uniformes et standardisés

Dans cette même perspective et dans une stratégie de management participatif, l'information et la communication avec le personnel de l'unité s'avèrent nécessaires. A ce sujet les résultats du questionnaire font ressortir que l'information du personnel sur les problèmes, les actions et les performances de l'US sont assurées par 96% des enquêtés dont 95% estiment que la communication est développée et permanente (avec leurs équipes (tableau n°2

Tableau n°2 : L'information et communication

Fréquence absolue

Fréquence relative

(Information du personnel (n = 46

Oui

Non

(Communication avec le personnel (n = 44

Oui

Non

44

2

42

2

%96

%4

%95

%5

Il importe de signaler que les infirmiers-chefs interrogés prennent le temps nécessaire pour écouter et discuter avec leurs équipes avec respectivement des taux de 97% et 72%

Graphique n°5 :Discussion et écoute des collaborateurs

Ces résultats témoignent de l'importance accordée par les infirmiers-chefs en matière d'information et de communication vis-à-vis de leurs équipes et confirme la considération de l'aspect participatif et l'établissement d'une relation de confiance dans la gestion de l'unité, de la part des cadres infirmiers .((Anchisi, Berra et Pott, 2004

La tenue des réunions et staffs des services sont parmi les mécanismes de communication qui visent l'information et la discussion avec les équipes. Cependant on note que ce moyen de communication est utilisé seulement par les ¾ des participants, soit 74%. Or ces réunions comme l'illustre le tableau n°3, se font une seule fois par mois chez la moitié des participants à l'étude. Cette fréquence de la tenue des réunions est considérée comme relativement éloignée. Partant du fait qu'on a plus besoin de se voir pour

décider et coordonner, l'organisation des réunions régulières à titre d'exemple hebdomadaire (12% se réunissent 4x/semaine), semble donc suffire dans le cadre du fonctionnement de l'US afin de garantir et à temps optimal le partage de l'information entre les membres de l'équipe. C'est le cheminement proposé par Hosotani, (1997) et Jacquerye et coll., (1999) au cadre à organiser des réunions régulières

Tableau n°3 : Fréquence des réunions avec l'équipe soignante

Fréquence de réunion

Nombre

Pourcentage

x/mois1

17

%50

x/mois2

7

%20

x/mois3

5

%15

x/mois4

4

%12

Pas précisé

1

%3

La motivation du personnel est l'un des éléments de mobilisation de l'équipe soignante pour répondre

aux objectifs de l'US. Aussi, la qualité propose au gestionnaire de développer la communication horizontale dans la relation client/prestataire et motiver son équipe vers la satisfaction durable des clients (Bonnard, 2001 ; Vossart, 2000 ; Détrie, 2003). Tous les infirmiers-chefs sont unanimes par rapport à l'incitation de l'équipe soignante à recentrer les soins sur les besoins du client

Graphique n°6 : Incitation de l'équipe par l'infirmier-chef

(Management de la qualité (MQ 1.3

Le MQ est une composante indispensable à tout projet de mise en place d'une DQ dans une organisation. La formation et l'actualisation des connaissances des gestionnaires notamment les infirmiers-chefs, sont des moyens incontournables pour le renforcement de leurs compétences dans ce domaine

A ce sujet, il ressort du graphique suivant que 80% des participants ont bénéficié d'une formation : continue relative à la démarche qualité

Graphique n°7 : Formation à la démarche qualité

Il faut ajouter que sur la base des réponses formulées dans le questionnaire que parmi les 37 infirmiers-chefs qui ont reçu cette formation (80%), seuls 18 répondants (49%) déclarent avoir pris conscience des apports de la qualité en matière des enjeux qui lui sont liés, du renouvellement de leurs pratiques de management, de résolution de problèmes et en matière de développement et d'amélioration des pratiques

: D'autres apports de la qualité ont été identifiés par 6 cadres parmi les 18 répondants

; Une vision claire et une action efficace sur le problème ·

; La maîtrise particulière des problèmes du service ·

; Une gestion des dysfonctionnements et une amélioration de la communication entre les équipes ·

; La gestion des conflits et des problèmes de service ·

La promotion et le renforcement des activités de suivi, d'audit et de contrôle interne en vue d'une ·  
amélioration continue de la gestion de l'unité de soins

L'ACQ étant implantée au niveau de l'HIS est estimée par 98% des infirmiers-chefs comme objectif mobilisateur aussi bien pour l'institutionnel que les professionnels

Par ailleurs, 61% des cadres infirmiers soulignent que l'amélioration de la qualité est un enjeu fondamental et 39% la considèrent comme étant très important. Ce qui est également confirmé par le graphique suivant, qui démontre le degré de l'importance de l'implantation d'une DQ au niveau des US (80,43%), tel qu'il est estimé par les participants

Graphique n°8 : Importance de la qualité

L'implication et l'incitation de tout acteur de soins sont une condition à toute réussite d'une démarche d'ACQ. Il ressort de notre enquête que 76% des infirmiers chefs se sentent impliqués dans cette démarche institutionnelle, alors que le reste a le sentiment d'être peu ou pas impliqué. Ceci pourrait être lié à l'insuffisance ou à la non généralisation de l'incitation des infirmiers-chefs par les responsables de l'établissement et ou l'engagement des responsables hiérarchiques (Graphique n°9

Graphique n°9 : Implication des infirmiers-chefs dans l'ACQ et engagement des responsables

Tableau n°4 : Adoption de la démarche qualité

Adoption

Nombre

Pourcentage

Oui

35

%76

Non

10

%22

Abstention

1

%2

Total

46

%100

Si oui

Comment

Très bien

Plutôt bien

Plutôt mal

Très mal

Total

14

20

1

0

Pourcentage

%40

%57

%3

%0

des infirmiers-chefs estiment avoir adopté sans arriver tous à implanter concrètement la DQ dans %76 leur service, dont, 97% pensent que son adoption a été bien accueillie par leurs équipes. Toutefois, il importe de noter que des opportunités d'amélioration continue des dysfonctionnements au sein des unités .(de soins ont été mise en place par 67% des infirmiers-chefs (Graphique n°10

Graphique n°10 : Mise en place des opportunités d'amélioration

La sensibilisation et la formation des équipes à la DQ sont des préalables à la mise en place d'une démarche d'ACQ. Elles visent entre autres, l'incitation du personnel à s'investir dans cette démarche. Cependant, et d'après le résultat du questionnaire, 63% des cadres infirmiers rapportent que le personnel de leurs unités ont été sensibilisé et formé à la démarche d'ACQ contre, 35% (Graphique n°11). Or, on se rend compte que l'investissement de ce personnel dans une DQ reste encore passable, du fait que seuls .(59% des participants précisent que leurs équipes se sont investies dans cette démarche (Graphique n°12

Graphique n°11: Sensibilisation et formation Graphique n°12: Investissement de

du personnel l'équipe soignante

On conclue donc, que l'implication, l'adhésion et la participation des membres de l'équipe à la qualité fait défaut au sein de plusieurs US. Cet écart constaté peut être à l'origine des dysfonctionnements des services et un obstacle à la mise en place de la démarche d'ACQ. Dusausoy (2001), Guénot (2005) et Jacquerye et coll. (1999), proposent au cadre infirmier, d'exercer son rôle de soutien et d'accompagnement de son équipe pour l'informer et susciter sa participation. Aussi, il semble évident que ce professionnel .(devra convaincre ses collaborateurs à s'engager à la qualité (Muller, 2004

De même, on relève que 48 % des infirmiers chefs disposent d'équipes soignantes dédiées à la DQ

.(Graphique n°13) et qui serait ceux appartenant aux services qui s'y sont investis

Graphique n°13 : Existence des équipes soignantes consacrées à la DQ

Dans une démarche qualité la communication a un rôle particulier pour faire adhérer les différents acteurs de l'unité de soins au projet qualité mis en place. D'après le graphique suivant, la majorité des enquêtés est consciente de l'importance de la communication interne au niveau du service, soit 87%

Graphique n°14 : Communication interne

En somme, l'instauration de la DQ implique des changements dans les US pouvant aller jusqu'aux bouleversements. Pour assurer le succès de cette démarche, le partage d'un langage commun doit être préconisé (Bonnard, 2001). Aussi, dans le cadre de la réussite du projet qualité au sein des US, l'implication des cadres infirmiers s'avère nécessaire, puisqu'ils sont des garants de la qualité de soins (Vossart, 2000 ; Hubinon, 2004). Cependant, on relève d'après les résultats de l'enquête que 20% des infirmiers-chefs accordent peu ou pas encore de l'importance à la qualité. Ces écarts constituent des freins et des résistances à l'implantation d'un projet qualité de la part des chefs d'US (Hermel, 1992). En effet, ces cadres trouvent des difficultés de reconnaissance et de positionnement par rapport à leur rôle, et qui pourraient être dues à certains facteurs qui feront l'objet d'autres études ultérieures. De même, des efforts de sensibilisation, d'implication et d'incitation de tous les professionnels dans l'US, doivent être encore renforcés pour faire de la DQ un levier d'évolution des pratiques professionnelles et un élément mobilisateur des équipes pour l'offre de soins sécuritaires et de qualité

Difficultés liées à l'implantation de la démarche qualité 1.4

Tableau n°5 : Signification d'un service de qualité

Réponses

Nombre

Pourcentage

un service de haut gamme %20

4

%9

un service satisfaisant les besoins du client %70

25

%54

un service rentable pour l'établissement %10

3

%6

Sans avis

4

%9

Les trois avis

4

%9

(et 10% (service de haut gamme et service rentable pour l'établissement %20

1

%2

(et 70% (service rentable pour l'établissement et service satisfaisant les besoins du client %10

5

%11

A la lumière de ce tableau, les avis des managers des unités sur la signification d'un service de qualité sont différents. L'analyse de ces résultats relève que seuls 54% des infirmiers-chefs la perçoivent comme étant un objectif de satisfaction des besoins du client et placent les besoins du client au centre des objectifs de la qualité. A l'état actuel où le concept la qualité est d'actualité, les cadres infirmiers devront tous se positionner comme des garants de la qualité et de la sécurité des prestations au sein de leurs services. Ils jouent un rôle clé et actif autant dans la qualité (Leplâtre et Collard, 1999) qu'envers les clients (Blanchard et Miller, 2005). Néanmoins, cette culture orientée vers le client n'est pas encore ancrée chez tous les infirmiers-chefs

Un nombre assez important d'infirmiers-chefs (63%), estiment rencontrer encore à des difficultés à s'engager avec leurs collaborateurs dans une DQ comme il se dégage du graphique n°15

Graphique n°15 : Difficultés rencontrées par les infirmiers-chefs

Les causes les plus importantes sont selon eux: les conditions de travail peu favorables, du manque du personnel et la pression du quotidien à côté de la non implication de la hiérarchie et des problèmes de l'organisation de l'US

D'autres causes (Graphique n°16) ont été énumérées par les infirmiers-chefs dont les plus importants (sont relatifs au manque de personnel (70%

## Graphique n°16 : Autres causes des difficultés rencontrées par les infirmiers-chefs

Les difficultés rencontrées par les Infirmiers-chefs quant à l'implantation de la DQ dans leurs unités et comme le démontrent les graphiques précédents, sont certes liées à des problèmes vécues par l'organisation notamment, l'insuffisance en ressources particulièrement humaines. Cependant d'autres difficultés soulevées relèvent même du rôle propre de l'infirmier chef dont, l'encadrement et la formation des équipes, la mobilisation des membres de l'équipe par leur rôle de leader, l'amélioration des conditions de travail, etc. Ils doivent par conséquent, modifier leur positionnement par rapport à leur rôle d'encadrement de leurs collaborateurs, à s'investir dans la démarche d'ACQ. Ils sont sans doute plus directement concernés dans le développement de leur rôle en faveur de l'amélioration de la qualité des soins tout en assurant une qualité de gestion des US (Hubinon, 2004). Etre plus lucides sur les enjeux de cette démarche qualité, permettrait aux cadres infirmiers de mettre l'accent sur l'aspect participatif dans la collaboration et la motivation de leurs collaborateurs (Anchisi, Berra et Pott, 2005). L'idée de l'auteur revient à dire que les infirmiers-chefs doivent disposer de compétences adaptées afin de développer leur management qui intègre la pratique du leadership et par ailleurs, piloter la démarche d'ACQ au sein des leurs US

### Suggestions des participants, relatif à l'implantation de la démarche qualité .1.5

Il a été constaté dans l'enquête que les attentes des infirmiers-chefs sont nombreuses (65% des cadres ont émis des suggestions). Celle relative à la formation continue, retient l'attention dans ce résultat. Pour permettre de comprendre leur rôle et trouver leur place dans la démarche, les cadres devraient bénéficier au minimum d'une formation de sensibilisation afin de partager le langage commun, de pénétrer les enjeux de la démarche qualité et les changements attendus (DGAS, 2004). Donc, il y'a un soif de connaissance pour mieux appréhender la démarche, apporter des améliorations au sein de leurs US et coordonner l'ensemble de leurs activités dans le but d'améliorer leurs services offerts aux clients

: D'autres suggestions ont été émises, parmi lesquelles

La nécessité d'élargissement de l'information, de la sensibilisation et de la formation continue de tout le personnel

; La dotation des services en ressources humaines et matérielles, nécessaires

; (La reconnaissance, l'encouragement et l'accompagnement (motivation

; La collaboration et la communication permanente intra et interservices

; La définition des attributions du personnel

.Le suivi et l'évaluation continue de la qualité des prestations

La discussion de ces résultats a conduit à préciser que le rôle de l'infirmier-chef dans l'ACQ doit se pencher sur le point de vue des compétences de manager (planification, organisation, coordination, contrôle,...) et des compétences de leader (motivation, communication, formation permanente des équipes,...). Elle a aussi tenté de déterminer les défaillances dans le rôle joué par l'infirmier-chef dans la conduite de la qualité. Alors, pour piloter la démarche d'amélioration continue de la qualité, des compétences managériales sont nécessaires pour les infirmiers-chefs des US. En effet, et d'après la théorie de MSH (2005), pour une meilleure efficacité du travail des cadres, le développement de leurs compétences de leadership s'avère nécessaire

### Présentation et analyse des résultats de l'entretien par Focus-Group .2

Conduit à l'aide d'un guide de focus-group (annexe n°6), cet entretien a concerné les infirmiers-chefs des unités de soins où sont implantés les cercles qualité dans leurs services. Parmi les 6 cercles de qualité énumérés dans la problématique, 5 ont répondu à l'invitation, ce qui correspond à 83,33% des répondants. Les personnes interrogées s'expriment librement à partir des questions sur le thème exploré, à savoir le rôle

de l'infirmier-chef dans la l'amélioration continue de la qualité. Le cadre de l'étude est précisé et l'anonymat est garanti afin d'établir une relation de confiance et d'obtenir des données fiables. L'entretien s'est déroulé dans une salle d'un des services de l'établissement et tous ont signé un formulaire de consentement éclairé. Ce focus group a duré de 1h 30 minutes comme prévu. Les propos des cadres ont été retranscrits par trois rapporteurs, et puis validé par l'ensemble des cadres infirmiers. L'analyse des résultats d'entretien par Focus-Group a regroupé les idées communes aux différents cadres interrogés tout en conservant les propos qui ont paru les plus significatifs. Ils figurent entre guillemets dans le texte

#### Les caractéristiques des participants au Focus-Group 2.1

Il apparaît dans l'analyse des données que tous les participants sont de sexe masculin et leur âge moyen est de 49 ans. Leur ancienneté de service à l'HIS est comprise entre 15 ans et 32 ans avec une moyenne de 26 ans alors que leur ancienneté dans la fonction de chef de l'US se situe entre 2 mois et 28 ans avec une moyenne de 12 ans. Trois participants ont une formation du premier cycle de formation paramédicale et deux ont eu en plus une formation en surveillance des services de soins à l'école des cadres

Par rapport à la formation en matière de la DQ, quatre infirmiers chefs sur cinq, ont reçu une formation sur l'ACQ. Cette formation a été dispensée selon les participants dans le cadre d'un programme organisé au niveau de la Direction du Centre hospitalier Ibn Sina, et l'un des participants ajoute avoir reçu un module relatif à la qualité, à l'école des cadres. Par contre un des participants déclare n'avoir reçu aucune formation « à ce sujet et déclare que : « je n'ai pas été invité par faute d'information

Selon les données des répondants, 80% contre 20% ont reçu une formation sur l'ACQ. Parmi ceux qui ont reçu la formation, tous confirment que c'est dans le cadre de formation organisée au niveau de la Direction du Centre hospitalier Ibn Sina, et l'un d'eux ajoute avoir reçu la formation à l'ancienne « Ecole des cadres

#### Leur avis sur le projet d'amélioration continue de la qualité 2.2

Il a été évoqué par toutes les personnes interrogées

Pour le chef de l'unité A, « ce projet a été accueilli très favorablement par tous les membres de l'équipe. Tout le personnel était favorable et très impliqué dans le processus. On a démarré avec des présentations « et avons réalisé la première étape selon cette démarche

Le chef de l'unité B, explique que « le projet a été confié seulement aux chefs de services. Le service a reçu le projet avec un accueil favorable de tout le personnel, mais la qualité pose de problème au niveau de notre service ». Ce cadre souligne également que : « le service faisait de la qualité avant l'implantation du cercle, mais nous dépendons des autres services. Certes nous voulons de la qualité, mais la qualité se trouve peut-être ailleurs ». Pour lui, « la qualité c'est la perception par nos organes de sens. Même si le service adopte la qualité, il n'y aura pas des résultats ». D'après lui, « la qualité dépend des autres personnes extra services ». Pour finir, ce professionnel conclut en disant que « la qualité pour moi c'est un point d'interrogation

A l'inverse, contrairement à ce qui a été dit par le cadre B, dans son discours, le chef de l'unité C décrit que « le personnel avait mal saisi le concept de la qualité et que la présence irrégulière du personnel lors de la formation a posé de problèmes en premier temps ». Par la suite, il ajoute que « peu à peu, ils ont commencé à comprendre que la qualité est une vraie formation ». Dans le même ordre d'idées, il explique que « l'amélioration continue de la qualité a été implanté avec des réunions hebdomadaires, et chaque semaine, nous travaillons avec nos multiples problèmes de service ». Ce cadre apporte un témoignage « qu'il y'a eu des résultats favorables et une prise de conscience

D'une manière générale, le chef de l'unité D, fait part de l'expérience que « nous travaillons en équipe dans la démarche qualité et que tous les infirmiers sont impliqués

Enfin pour les propos du chef de l'unité E, « je trouve que c'est une très bonne chose, et je souhaite l'aboutissement de ce projet ». Par ailleurs, il ajoute « mais il y a aussi le problème de compétence .« pédagogique de certains formateurs et que la formation elle-même est insuffisante

A la question de savoir s'ils sont convaincus que la mise en place de ce projet améliorera la qualité 2.3 ? des prestations offertes par votre service

Tous les participants expriment leur conviction par rapport à ce sujet et chacun d'eux s'est exprimé par « j'en suis convaincu ». Le chef de l'unité B, déclare que « oui, je suis persuadé à 100%, c'est une opportunité de régler les problèmes ». Suivi du chef de l'unité C qui formule que « je suis convaincu, c'est difficile pour la première fois, on va travailler. Tout le personnel a compris le message et tous restent convaincus de l'amélioration de la qualité ». Le chef de l'unité D partage le même avis en déclarant que « je suis convaincu, notre chef de service est très impliqué ainsi que le personnel infirmier ». Ajoutant aussi ses explications en ces propos « nous sommes un service pilote dans la démarche ». Le chef de l'unité A, quant à lui, rapporte que « je suis convaincu, nous suivons notre processus d'amélioration de la qualité. L'enthousiasme et l'implication du personnel pour améliorer la qualité des soins est affiché ». Enfin le cadre .« E, dit que « je suis convaincu et persuadé de ce projet

Tous les infirmiers-chefs interrogés estiment que le sujet a été « accueilli favorablement par tout le personnel » et expriment leur conviction en admettant que « je suis convaincu ». Ces résultats montrent que la qualité suscite un intérêt fort pour les répondants. Ceci témoigne qu'il y'a une très grande préoccupation de la part des professionnels (Lozeau, 1996). Certes au début il y'a eu des réticences à ce changement de culture « ...ça a posé de problèmes en premier temps », mais « peu à peu, ils ont commencé à comprendre que la qualité est une vraie formation, et elle a eu des résultats favorables, une prise de conscience et l'implication des tous ». Malgré cela, certaines perception d'incertitude existent encore : « Même si le service adopte la qualité, il n'y aura pas des résultats, ... la qualité dépend des autres personnes extra services, ...la qualité pour moi c'est un point d'interrogation ». Cette perception pourrait être modifiée si la mise en oeuvre de la démarche d'ACQ est perçue par les infirmiers-chefs, comme moyen incontournable dans la gestion de l'unité de soins et qui permet de résoudre des dysfonctionnements identifiés à l'US, d'agir sur les causes des problèmes selon les ressources disponibles, d'améliorer les pratiques et de pérenniser .(les acquis (ANAES, 2002 ; Rouressol, 2004

Les préalables de mise en place d'un projet qualité 2.4

Dans cette question, il est clair que tous les cadres interrogés ont répondu « oui » à la question tout en signalant des spécificités. En premier temps, l'infirmier-chef C pense que les préalables à la mise en place d'un projet de qualité sont : « les préalables de la formation, de la communication surtout avec les équipes soignantes et non seulement les responsables ». En second temps, l'infirmier-chef B, affirme que « je considère que les préalables à la mise en place d'un projet c'est : la formation, la volonté du personnel, l'implication et l'engagement du personnel et leur adhésion ». En troisième temps, l'infirmier-chef A énonce « la volonté, l'implication, la formation du personnel ». Aussi, il insiste sur le fait qu'il faut « organiser, aménager et planifier le temps de formation au sein du service ». Enfin les infirmiers-chefs D et E invoquent .eux aussi « la formation » comme préalable essentiel

Tous les infirmiers-chefs sont donc, unanimes que la « formation » est nécessaire. Cependant, ils ajoutent « la communication surtout avec les équipes soignantes, ... la volonté, l'implication, l'engagement et l'adhésion du personnel ». Les préalables relevés dans le discours des participants confirment celles qui .sont énoncées par DGAS (2004) dans la mise en place de la démarche d'ACQ

A la question de savoir si les infirmiers-chefs sont assez outillés pour piloter le projet qualité 2.5 ? dans leurs services

Seuls deux infirmiers- chefs, estiment qu'ils se sentent outillés pour piloter les projets qualité, contre trois qui pensent non encore assez outillés. Parmi les cadres qui ont répondu favorablement, l'infirmier-chef A fait part de son expérience : « En tant que responsable, ... Je me sens prêt à me lancer dans le projet sans être accompagné par un référent qualité ». Par contre l'infirmier-chef B, mentionne avec doute « ... Je

considère que malgré la formation, j'estime qu'il faudra encore approfondir ma formation en gestion de la  
.« qualité

Pour ceux qui ne se sentent pas outillés, le cadre C qui affirme « ...pour moi ce n'est pas encore clair...  
La formation reste insuffisante pour plus de maîtrise de ce sujet ». Le cadre D

de son côté admet que « non, je ne suis pas ... et capable de mener le projet seul ». Enfin le cadre E  
.« assure qu'il n'est : « pas assez outiller pour piloter le projet qualité dans le service

Ce résultat confirme la problématique du départ mentionnant les difficultés de positionnement des cadres infirmiers par rapport à leur rôle (Dusausoy, 2001) et des difficultés d'intégration de cette démarche dans leur pratique (Grenier, 2002, Anchisi, Berra et Pott, 2004). Toutefois, ceux qui ont fait part de ces propos « ...pour moi ce n'est pas encore clair... La formation reste insuffisante pour plus de maîtrise de ce sujet » ; « non, je ne suis pas ... et capable de mener le projet seul » ; « pas assez outiller pour piloter le projet qualité dans le service », ont une insuffisance par rapport à leur rôle dans la dissémination de la culture qualité au sein de leur service (Guénot, 2005). Pour parer à cet écart constaté, il serait judicieux que l'infirmier-chef, étant moteur de changement, devra se positionner comme chef de projet pour mettre en oeuvre les outils de pilotage de la démarche qualité et être à la fois attentif et dynamique à cette démarche (Hamalian et Ségot, 1996 ; Jacquerye et coll., 1999 ; Vossart, 2000). A partir de ce stade, les rôles les plus souvent attendus de l'infirmier-chef sont : un rôle d'information et de communication, un rôle de la mise en oeuvre de l'amélioration continue, un rôle de motivation, un rôle de défenseur de soins de qualité, un rôle de meneur de changement, etc. En effet, il reste difficile de démontrer que les infirmiers-chefs ayant bénéficié d'une formation spécifique à la qualité, sachent mieux se positionner que leurs collègues. Cependant au vu de cet entretien, il a été constaté que la formation reçue par ces cadres en terme des acquis, a confirmé qu'elle a contribué au développement de leurs compétences managériales dans la conduite du projet .qualité au sein des US

#### Implication et impact de la mise en place de la démarche d'ACQ 2.6

Quatre participants estiment que la mise en place du projet qualité contribuera à l'amélioration de la gestion de l'unité, depuis que leur service a mis en place la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les quatre participants ayant répondu favorablement, ont exprimé différemment leur avis. Le gestionnaire de l'unité D commente : «... elle a permis la remise en cause de ma façon de travailler », ensuite vient le commentaire du gestionnaire de l'unité B « les gens demandent de plus en plus à être informé », puis le gestionnaire de l'unité A, ajoute « la diffusion de l'information, le climat détendu, les mécanismes de communication améliorés » alors que le gestionnaire E, recense « l'organisation du service, l'implication, l'amélioration des outils de gestion, les fiches, les protocoles ». En revanche, le gestionnaire de l'unité C .« précise, mais sans le justifier: « non, pas d'amélioration de la gestion de l'unité

Quatre infirmiers sur cinq admettent avoir observé ou ressenti des changements dans les pratiques et comportements dans leurs services depuis l'implantation de projets qualité. Leurs propos illustrent ce changement. Le cadre infirmier de l'unité B témoigne « ...j'ai ressenti quelques changements dans les mentalités du personnel, les gens commencent à s'intéresser et cherchent à être informés...il y'a aussi un changement au niveau de la communication ». Ce même constat est relaté par le cadre infirmier de l'unité A qui ajoute que « le comportement du personnel a changé...les gens ont commencé à parler un autre langage et le changement est ressenti juste après la formation ». De plus ce cadre précise « Il y'a une discussion au sein du service et un changement au niveau de la communication ». Pareillement, le cadre infirmier de l'unité E invoque « le changement au niveau de la prise de conscience de la part du personnel, la recherche d'information ». De la même manière, le cadre infirmier de l'unité D prétend que : «...il y'a maintenant une amélioration de la communication au sein du service ». Enfin le cadre infirmier de l'unité C, .pour sa part n'a pu observer « aucun changement » mais sans argumenter ses propos

L'impact qu'a eu la mise en place de l'amélioration de la qualité, est ainsi exprimé par le cadre de l'unité E « la qualité nous a permis d'améliorer la gestion de l'unité de soins en mettant en place un organigramme du service ». Il complète ses propos en énumérant « une amélioration de l'organisation, la définition des tâches de chacun, une répartition de travail affiché, l'amélioration de l'accueil » Puis il termine en soulignant

que « la mise en place de la qualité a amélioré la prise en charge des patients ». Le cadre de l'unité A ajoute de son côté « accompagner le changement, suivre les procédures et appliquer une démarche scientifique .« de la qualité aura des gains pour les personnes et pour l'établissement

Pour sa part, le cadre de l'unité B évoque comme autre impact « le partenariat avec les autres services, la coordination des activités et l'impact pour l'institution, les soins » et ajoute que « La mise en place de l'amélioration de la qualité a conduit le personnel à faire son travail sans s'adresser à l'infirmier-chef, la .« qualité c'est l'avenir, on adhère ou on est éjecté du système. C'est l'affaire de survie et de concurrence

D'une manière générale, il semble évident que la plupart des infirmiers-chefs interrogés ont fait part des améliorations constatées dans la gestion des leurs unités de soins. En analysant ces discours, le lien et les changements observés dans la mise en place de ce projet semblent évoquer le partage des problèmes et l'implication du personnel (Grenier, 2002 ; Détrie, 2003). Or, un seul cadre signale apporter des améliorations dans « l'organisation du service, ...l'amélioration des outils de gestion, les fiches, les protocoles ». En effet, les écrits confirment que l'ACQ à travers le cycle PDCA de la roue de Déming, permet une cohérence dans son rôle de manager, entre autre la gestion, l'organisation et la coordination des soins, (Desnouveaux, 1994 ; Jacquerye et coll., 1999 ; ANAES, 2002). En outre, cette démarche est rendue possible grâce aux activités courantes notamment, les réunions, la communication, les rapports d'activités, l'encadrement des équipes, la formation (Grenier, 2002 ; IDGPSA, 2005), pour réduire les dysfonctionnements et faire participer le personnel (Vossart, 2000). Ces écrits permettent d'expliquer que .(les infirmiers-chefs sont responsables du maintien d'un bon niveau de soins (Anchisi, Berra et Pott, 2004

Concernant l'impact du projet qualité, l'analyse des discours semble récurrent dans les réponses fournies par les participants, dont les points saillants sont : « ...la gestion de l'unité de soins,...l'organisation, la définition des tâches de chacun, une répartition de travail..., ...l'accueil, la prise en charge des patients ; ...le changement, suivre les procédures..., des gains pour les personne...bénéfique pour l'établissement ; le partenariat avec les autres services, la coordination des activités ». Ces témoignages représentent des exemples vécus par les infirmiers-chefs à travers la mise en place de projet qualité. Partant de ces discours, ceci amène à dire plus précisément, qu'il devient nécessaire de penser que l'encadrement des équipes par les infirmiers-chefs reste en effet prépondérant à la pérennisation de la démarche d'ACQ. Les travaux de Hamalian et Ségot (1996) montrent très clairement que la démarche .qualité est le seul moyen de satisfaire simultanément le client, l'organisation et le personnel

#### Conduite du projet qualité par l'infirmier-chef 2.7

D'une manière générale, tous les infirmiers chefs, ont chacun à son tour, émis leurs avis par rapport aux qualités et compétences professionnelles, requises pour le pilotage du projet qualité dans leur service. L'infirmier-chef de l'unité B cite à cet effet « la persévérance, l'honnêteté, le fait d'être correcte, donner l'exemple, la qualification, l'adhésion à ce projet, en plus il, faut dépasser le cadre ordinaire de la vie courante (routine) ». L'infirmier-chef de l'unité C ajoute d'autres qualités « être exemplaire et respectueux, respect entre l'infirmier-chef et les membres de l'équipe, sensibiliser et informer le personnel, prôner pour .« l'égalité entre personnel, diffuser l'information, et aussi, la qualification et la compétence

L'infirmier-chef de l'unité D quant à lui, insiste sur « la ponctualité, la compétence et la qualification ». Vient ensuite, l'infirmier-chef de l'unité A qui invoque « ... il faut être utile au niveau du service, jouer son rôle d'informateur et de formateur et partager l'information, la lecture collaborative ». Enfin, l'infirmier-chef de .« l'unité E attache de l'importance à « être un bon communicateur

En analysant les conversations, plusieurs points semblent récurrents dans les réponses fournies par les sujets : « La persévérance, l'honnêteté, le fait d'être correcte, donner l'exemple, la qualification, l'adhésion à ce projet, ... ; la ponctualité,... ; la compétence... ; ...exemplaire et respectueux, ..., ...prôner pour l'égalité entre personnel, ...la compétence ; être un bon communicateur ». Rien n'indique dans leurs discours l'énoncé du terme leadership. Par contre, leurs propos peuvent être regroupés en qualités et aptitudes de leader à savoir: la capacité d'écoute et d'expression, le respect, le rôle d'éducateur, animateur, etc. La théorie de MSH (2006) a montré que dans la pratique, les compétences d'un leader sont le sens du travail collaboratif (en équipe), la motivation des équipes à s'engager, le fait de mener le changement, la

capacité à communiquer efficacement. Ces notions relatives à l'ACQ et considérées comme essentielles dans la gestion et dans la pratique infirmière (Gruson, 2002 ; Hubinon, 2004) sont aujourd'hui plus que .(jamais, nécessaires aux responsables des unités de soins (Jeans et Rowat, 2004 ; MSH, 2006

Les propositions formulées par les infirmiers-chefs dans l'amélioration continue de la qualité 2.8

Les suggestions émises par les participants à l'entretien sont en rapport avec les mesures d'accompagnement nécessaires à la réussite de leurs projets. Ainsi, le cadre de l'unité A insiste sur « la généralisation de cette approche à tous les services de l'établissement ». Aussi, les cadres des unités C et E proposent « intensifier la formation » et que la formation soit « plus approfondie ». De son côté, le cadre de l'unité D sollicite « l'accompagnement du projet par le référent qualité, l'implication de l'équipe multidisciplinaire ». Enfin, le cadre B souhaite « la gestion du changement pour maîtriser les réticences et .« les résistances

Suite aux manques mis en évidence ci haut, les infirmiers-chefs des US font des propositions. Plus de la moitié sont convenus du problème de la formation, et sollicitent une formation plus approfondie. C'est sans surprise qu'on retrouve : « La généralisation de cette approche à tous les services de l'établissement ; la formation plus approfondie ; l'accompagnement du projet par le référent qualité, l'implication de l'équipe multidisciplinaire ; la gestion du changement pour maîtriser les réticences et les résistances ; l'intensification de la formation ». D'autres insistent sur l'accompagnement par les formateurs en qualité et l'implication de toute la hiérarchie/ou sur la généralisation de la démarche d'ACQ dans tout l'établissement. En empruntant l'idée de Dusausoy (2001), il apparaît dans l'analyse des discours qu'il est indispensable qu'un dispositif d'accompagnement de ces infirmiers-chefs soit mis en place afin de les préparer et leurs équipes au changement. C'est sur cette base que la formation du personnel constitue une charnière entre la préparation et l'action (Sébilo et Vertighem, 1998). A travers cette critique, l'événement le plus marquant dans cette séquence de travail est que ces infirmiers-chefs des unités de soins où sont implantés les cercles qualité, ont pris conscience des enjeux de la qualité. A ce stade, on peut ainsi dire que ces cadres ont pu amorcer la route quotidienne vers une amélioration constante. Néanmoins, ces professionnels doivent .(rester vigilants pour développer l'esprit d'équipe et l'acquisition de nouvelles compétences (Hermel, 1992

Dans la pratique, le chemin est long et semé d'embûches, mais riche, car une démarche qualité entreprise dans une unité de soins aurait aussitôt pour effet d'améliorer les prestations de soins et services, de valoriser le rôle de l'infirmier-chef et renforcer ses responsabilités (Jacquerye et coll., 1999). Enfin pour finir, « un homme seul ne peut rien faire, rien atteindre. Un groupe peut faire beaucoup » (Chauvel, 1996 p. .(271

## II. Synthèses des résultats

Cette étude confirme la problématique de départ et renforce l'idée que l'infirmier-chef de l'US a un rôle .capital à jouer dans le pilotage de la démarche d'ACQ et le souci de la satisfaction des besoins des clients

Au vu des différents écrits consultés et de la réglementation en vigueur, portant sur les fonctions et attributions de l'infirmier-chef, il ressort que la place du cadre infirmier dans la conduite de l'ACQ ne s'impose pas vraiment comme celle d'un vrai manager, malgré qu'il pense posséder l'autorité nécessaire et un certain niveau d'autonomie pour assurer ses fonctions. Aussi, à une période où l'on veut généraliser la mise en place de la DQ, on rencontre encore quelques infirmiers-chefs qui n'accordent pas de l'importance à certains outils de gestion tels que le tableau de bord, les indicateurs du service, le rendement de l'unité, etc. Parmi les points positifs par rapport au management de l'équipe on relève chez tous les infirmiers-chefs, leurs soucis d'incitation de l'équipe soignante à recentrer les soins sur les besoins du client, et l'importance qu'ils accordent en matière d'information et de communication vis-à-vis de leurs équipes. Leur rôle de leader de l'équipe n'a pas été signalé par les participants, mais certaines caractéristiques de leader ont été relevées que ce soit à travers le questionnaire ou l'entretien à savoir, la considération portée à l'aspect participatif, à la motivation des équipes et à la création d'une relation de confiance dans la gestion .de l'unité

D'autre part l'entretien avec les infirmiers-chefs ayant implanté la DQ dans leurs services la ont fait part

des améliorations constatées dans la gestion de leurs unités de soins et ont évoqué le dynamisme observé au sein de leurs équipes caractérisé par le partage des problèmes et l'implication du personnel. Chose qui n'est pas développée dans d'autres services. Ce qui amène à supposer que l'implantation d'une démarche qualité au niveau de l'unité, entraînerait un bouleversement dans les pratiques et les comportements des équipes. Aussi il est constaté que certains infirmiers-chefs, parmi même ceux qui ont implanté le projet qualité, ont des doutes quant à la réussite de ces projets. Or, il est demandé que l'infirmier-chef soit le principal agent en matière de mobilisation des membres de l'équipe (motivation, encouragement et soutien), en matière d'encadrement, d'animation et de formation et en matière d'information et communication. Par ailleurs, l'infirmier-chef doit être le premier à initier et à encourager son équipe à la mise en place de projets d'ACQ.

Dans cette étude, 80% de cadres infirmiers ont participé à des formations sur la qualité programmées par leur établissement hospitalier. N'étant pas généralisée à l'ensemble des infirmiers-chefs, pourrait expliquer la différence observée au sein du groupe par rapport aux habilités acquises en matière de la démarche qualité. Cette formation programmée par la direction du CHIS est axée sur la démarche ACQ. Cependant, en leur qualité de cadre, les infirmiers chefs doivent disposer de compétences non seulement en matière de mise en place de projet qualité, mais aussi en matière de conduite, de pilotage et d'évaluation de ce projet. Autrement dit, des compétences en management de la qualité.

Au regard de ces constats et des résultats observés, il est temps qu'une réflexion sur les pratiques managériales de l'infirmier-chef, fasse l'objet de nombreux défis à relever, entre autres le renforcement des compétences, la formation continue, l'information et la communication, l'encadrement, pour qu'il soit en mesure de piloter le projet qualité inscrit actuellement dans une stratégie institutionnelle.

### III. Forces et limites de l'étude

Cette étude a permis de décrire le rôle des infirmiers-chefs des unités de soins dans la démarche d'amélioration continue de la qualité à l'hôpital Ibn Sina de Rabat. Il s'agit d'une première étude menée dans un hôpital universitaire au Maroc dans ce domaine. La richesse de l'information recueillie et des échanges avec les infirmiers-chefs, a permis de prendre conscience de la complexité et des enjeux de la qualité et du management de la qualité par les cadres infirmiers. L'interactivité des participants entre eux témoigne aussi de la valorisation de la démarche. Une des forces aussi, repose sur le fait que le cadre conceptuel de l'étude s'est inspiré du modèle PDCA de la roue de Deming.

Parmi les limites de l'étude, l'échantillon restreint des infirmiers-chefs ayant participé à l'étude. Aussi, l'étude menée dans un contexte particulier, qui est l'hôpital Ibn Sina, ne permet pas de généraliser ses résultats à l'ensemble des établissements et des professionnels de santé du territoire marocain. Pour confirmer et compléter les résultats observés, une étude portant sur plusieurs établissements et acteurs serait nécessaire.

### Recommandations

Le travail de réflexion ne serait pas complet sans un effort d'élaboration des recommandations relatives au management et au leadership, que nous pensons être contributif à la réussite de la mise en place de la démarche d'ACQ au sein des unités de soins. Pour pouvoir s'impliquer dans les démarches qualité, les infirmiers-chefs ont besoin de s'approprier les concepts et les outils de la qualité. La formation est indispensable pour atteindre cet objectif. Elle doit cerner l'ensemble de ces professionnels et être adaptée en fonction du degré de leurs responsabilités dans la démarche d'ACQ.

Nous avons vu, dans cette étude, que les infirmiers-chefs occupent une place particulière dans les unités de soins et par conséquent, la réussite de toute démarche d'amélioration continue de la qualité est tributaire de leur implication, de leur engagement et du niveau de mobilisation de leurs équipes.

Aujourd'hui, l'exercice de la fonction de l'infirmier-chef se confronte à une multitude de contraintes, de logiques et d'intérêts que ces cadres se doivent accompagner leurs collaborateurs et les aider pour conduire ces changements.

A travers cette modeste étude, il a été démontré que le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins est fondamental à la conduite du projet d'ACQ. Des efforts supplémentaires en matière de développement de compétences en management en général et en management de la qualité s'avèrent indispensables. Elle ne prétend pas de définir un mode de management idéal, mais plutôt proposer une approche s'appuyant sur : quelques grands principes qui s'articulent autour de

Renforcement de la formation des infirmiers-chefs pour développer leurs compétences en matière de -  
; gestion et de management des unités de soins

; Renforcement des connaissances et compétences de manière égale à tous les infirmiers-chefs -

Standardiser les outils de gestion des unités de soins notamment, les indicateurs de productivité, de -  
; suivi et d'évaluation

Inciter les cadres infirmiers à assumer leur fonction d'encadrement des équipes soignantes au sein de -  
; leurs unités de soins

; Inciter les infirmiers-chefs à développer la communication avec leurs équipes soignantes -

En dernier lieu, une formation de base des étudiants de l'IFCS, en l'occurrence ceux du 1er cycle sur -  
la gestion de la qualité sera d'un apport considérable pour s'imprégner de la culture qualité dans leur future  
.carrière professionnelle

La contribution de la formation : Prévoir un dispositif de formation (ateliers) et d'accompagnement sur la  
qualité, dont le contenu doit être adapté aux professionnels notamment, les infirmiers-chefs, car l'objectif  
n'est pas de former des spécialistes de la qualité, mais plutôt des personnes qui comprennent les objectifs  
.poursuivis et les étapes nécessaires au bon déroulement de la démarche d'ACQ

Développer le management des infirmiers-chefs : L'infirmier-chef doit faire adhérer le personnel de son  
unité au projet qualité en leur expliquant ses enjeux. Cela passe par une stratégie de management  
participatif, dont l'infirmier-chef devient l'animateur de son équipe. Ce levier permettra de développer une  
.culture qualité au sein de l'équipe soignante

Développer le pilotage par les infirmiers-chefs du projet d'amélioration continue de la qualité au sein  
des unités de soins : La conduite opérationnelle du projet d'ACQ repose sur une communication entre  
l'infirmier-chef et son équipe sans oublier le chef de service afin de mobiliser et convaincre ses  
collaborateurs. Son rôle consiste à donner du sens aux actions de ses collaborateurs afin qu'elles  
convergent vers une construction de la démarche qualité, créant ainsi, un sentiment d'appartenance à  
l'institution. A ce sujet, l'infirmier-chef devra être attentif à son style de communication consacrer le temps  
nécessaire à l'information et à l'échange sur le suivi du projet lors de leurs réunions avec les équipes  
soignantes. Aussi, le pilotage par l'infirmier-chef de la démarche d'ACQ implique la prise de décision.  
Celle-ci devra s'appuyer sur les indicateurs à travers les tableaux de bord permettant de suivre la qualité  
.produite au sein de leurs services

Enfin, la mise en commun de ces propositions d'aménagement permettra de favoriser la motivation,  
.l'implication des infirmiers-chefs, et le rôle de vulgarisation de la culture qualité

Aussi, leur rôle d'initiateur de projet qualité et de mobilisateurs de leurs équipes, reconnu aux  
gestionnaires de l'unité reste indispensable dans une démarche d'amélioration continue de la qualité,  
semble être marginal pour certains infirmiers-chefs. Bien que la majorité des infirmiers-chefs dispose de  
connaissances en matière de la démarche qualité, à travers les programmes de formations entrepris par le  
Centre Hospitalier Ibn Sina. Des efforts supplémentaires en matière de développement de compétences en  
management en général, du savoir être et en management de la qualité s'avèrent indispensables. C'est  
ainsi, qu'une offre de soins sécuritaires et de qualité, et une rationalisation de l'utilisation des ressources de  
.l'unité de soins seront garanties

## Conclusion

L'objectif de ce travail était d'apporter un éclairage sur le débat actuel sur la qualité et définir le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans la démarche d'amélioration continue de la qualité au niveau des établissements de soins. Il s'agit d'une problématique complexe à laquelle tous les professionnels seront confrontés en tant qu'infirmiers-chefs d'US. Elle a permis d'en arriver aux constats suivants : la conduite de la démarche d'ACQ implique un style de management et de leadership qui motive les professionnels à devenir acteurs impliqués dans toute organisation de santé

Dans l'actuel contexte et d'un point de vue organisationnel, c'est d'ailleurs au regard de la satisfaction du client que la notion de qualité prend véritablement tout son sens

De nos jours, vu l'importance accordée à la qualité des soins et services, l'infirmier-chef d'unité de soins doit posséder des compétences inhérentes au management des unités de soins. Cette démarche est nécessaire, d'autant plus qu'elle permet de construire une vision partagée et encourage ses collaborateurs à grandir et à progresser

Enfin, dans un monde complexe et changeant, il faut savoir inventer des solutions à la fois simples et conviviales ne redoutant pas la pensée complexe et le paradoxe. C'est à ce prix que nous réussirons à mieux travailler ensemble pour mieux servir les personnes, les familles, les communautés et l'ensemble de la population. Néanmoins, nous estimons qu'un certain nombre de points peuvent d'ores et déjà être retenus pour fonder des axes de recherche sur la thématique de manière élargie. Pour améliorer la qualité, l'appel à la formation continue, la sollicitation de la participation de l'équipe soignante, l'appui et l'engagement des infirmiers-chefs constitueront une charnière entre la préparation et l'action à la DQ. En plus, quel que soit l'approche utilisée pour faciliter l'application des résultats de recherche dans la pratique, une coexistence profitable des milieux clinique, administratif et académique est essentielle au développement d'une culture de recherche en vue d'assurer une qualité optimale des soins infirmiers

Pour clore ce travail de fin d'études, il semble inévitable de terminer en ces propos : le succès de la démarche d'ACQ au niveau des unités de soins dépend du rôle exercé par les infirmiers-chefs en tant que manager-leader dans ses différentes attributions et responsabilités

## Glossaire

Action corrective : Action entreprise visant pour éliminer les causes d'une non-conformité, d'un défaut (ou de tout autre événement indésirable existants, pour empêcher leur renouvellement (ISO 8402

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable détectée. (ISO 9000

Action préventive : Action entreprise pour éliminer les causes d'une non-conformité, d'un défaut et de (tout autre événement indésirable potentiels pour empêcher qu'ils se produisent (ISO 8402

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une autre situation potentielle (indésirable. (ISO 9000

Amélioration de la qualité : Actions entreprises dans tout l'organisme, en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus, pour apporter des avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients

Approche PDCA : Mode de gestion d'un processus qui vise à l'améliorer continuellement. Cette approche est souvent appelée « boucle PDCA car après le «ACT», il importe de recommencer le processus (complet au «DO» (Smans et Ver Elst, 1997

Assurance de la qualité : Ensemble des activités préétablies et systématiques mises en oeuvre dans e

cadre du système qualité, et démontrées en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité (ISO 8402)

Partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité (seront satisfaites. (ISO 9000

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

Besoin : Exigence d'ordre physiologique, mental, émotionnel, social ou spirituel en vue d'obtenir le bien-être. Les besoins peuvent ou non être perçus ou exprimés par la personne dans le besoin. On doit les différencier des demandes, qui sont des désirs exprimés, et pas nécessairement des besoins

Cercle qualité : C'est un petit groupe permanent de sept à huit personnes volontaires, d'un même secteur d'activité, ou ayant les mêmes préoccupations. Ce groupe est appelé à se réunir sur son temps de travail afin d'identifier, d'analyser et de résoudre des problèmes les concernant, en suivant la méthode de résolution de problème et en utilisant des outils statistiques simples, auxquels les membres du groupe ont été préalablement formés, ainsi que leur animateur, qui sera une personne située hiérarchiquement, aux (membres participants. (Briard, A., 1988

Les cercles de qualité sont de petits groupes de 3 à 10 personnes, appartenant à la même unité de travail qui se réunissent volontairement et régulièrement pour identifier et résoudre des problèmes relatifs à leur activité

Chefs : Personnes qui coordonnent et équilibrent les intérêts des gens intéressés au succès de l'organisation, notamment, l'équipe de direction, les autres cadres, les chefs d'équipe ou les responsables d'un certain domaine

Client : Destinataire d'un produit fourni par le fournisseur

.Collecte : Action de recueillir des informations, des données, des faits, des preuves

Collecte des données : action de rassembler des données pour effectuer une analyse statistique ((Goudron et Fournier, 1993

Communication : c'est transmettre une information. C'est l'échange entre plusieurs entités, (indispensables au fonctionnement du système qualité (Goudron et Fournier, 1993

Compétence : habileté à agir dans des situations complexes ainsi qu'une capacité de planifier et de décider qui prennent appui sur une connaissance approfondie et reconnue qui confère un sentiment de .(maîtrise des événements (Kérouac, Pépin, Ducharme et Major, 2003

Contrôle de la qualité : Techniques et activités opérationnelles internes utilisées en vue de satisfaire .aux exigences énoncées pour la qualité à l'aide d'inspections

Concerne le contrôle de l'ensemble des activités et des résultats liés à la qualité et à l'assurance qualité ((Goudron et Fournier, 1993

Culture : Le système de valeurs, de devoirs et de comportements propre à une organisation; il est .transmis, mis en pratique et renforcé par les membres de l'organisation

Satisfaction du client : Résultat obtenu lorsque le produit ou le service offert répond aux exigences et .aux attentes du client

(C'est le savoir, être, savoir faire et savoir être (Jacquerye et coll., 1999

Démarche qualité : Ensemble des actions que mène l'entreprise pour se développer par la  
.satisfaction de ses clients

Défaillance : Altération ou cessation de l'aptitude d'un produit, d'un processus, d'une prestation de service à remplir une fonction requise ou fournir des résultats corrects. Une défaillance se traduit par une transition entre un service approprié et un service non approprié constaté par un écart de bon (fonctionnement et un état de panne (Goudron et Fournier, 1993

Défaut : Non satisfaction à une exigence ou à une atteinte raisonnable liée à une utilisation prévue, y (compris celles qui ont trait à la sécurité (ISO 8402

Dysfonctionnement : fonctionnement perturbé pouvant entraîner une non-conformité latente ou (exprimée (Goudron et Fournier, 1993

Ecart : Différence entre ce qui est attendu et ce qui est constaté qu'il s'agisse de l'application d'un (processus ou de son résultat (Goudron et Fournier, 1993

Ecoute : Action de prêter attention au comportement des autres en vue de comprendre une situation ou (un événement (Goudron et Fournier, 1993

(Enjeu : Gain potentiel espéré dès lorsque les moyens sont mis en oeuvre (Goudron et Fournier, 1993

Enquête : Action orale ou écrite permettant de recueillir, dans le cadre d'un objectif fixé, des avis ou des informations auprès d'une population, ou d'un échantillon représentatif d'une population (Goudron et (Fournier, 1993

Evaluation de la qualité : «Évaluer une qualité consiste à estimer un écart existant entre une situation (observée et une situation considérée comme optimale» (Poirier-Coutansais, G., 1987

(Exigences: Besoin ou attente formulés, habituellement implicites, ou imposés. (ISO 9000

Focus-Group : Technique de collecte de données ayant recours à une rencontre semi-structurée avec un groupe de personnes (5 à 12) dans un même lieu durant 1 à 2 heures et à leur demander de s'exprimer (verbalement sur un thème précis (Jacquerye et coll., 1999

Gestion de la qualité : Ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en oeuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la

.qualité, l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité

Gestion des soins infirmiers : est un processus heuristique visant à mobiliser les ressources humaines et de l'environnement en vue de soutenir et de favoriser le soin de la personne qui, en interaction continue (avec son environnement, vit des expériences de santé (Kérouac, Pépin, Ducharme et Major, 2003

Indicateur : Permet de mesurer de façon objective un phénomène étudié. Un indicateur doit être facile à utiliser, l'ensemble des indicateurs (la mesure) sont regroupés dans un document appelé "tableau de bord".  
.Un indicateur est un outil décisionnel et permet de mesurer l'efficacité d'un dispositif mis en place

Information : Apport de connaissance qu'il convient de filtrer, vérifier et diffuser à bon escient (Goudron (et Fournier, 1993

.ISO : Organisation internationale de normalisation (ISO) sise à Genève, en Suisse

Management : Ensemble de démarches, méthodes et processus de conduite, organisation, allocation de ressources, contrôle, planification, activation et animation d'une entreprise ou d'une unité de travail .(Hermel, 1992

Management participatif : Forme de Management favorisant la participation aux décisions, grâce à .(l'association du personnel à la définition et la mise en oeuvre des objectifs le concernant (Hermel, 1992

Management de la qualité : Mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des (avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société (ISO 8402

Activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité. (ISO 9000

(Mesure : Evaluation quantitative d'une caractéristique mesurée (Goudron et Fournier, 1993

Méthode : Ensemble des démarches raisonnées, suivies pour parvenir à un but (Goudron et Fournier, 1993

Méthodologie : Assemblage de méthodes qui contribuent à résoudre un problème donné (Goudron et Fournier, 1993

Norme NF EN ISO 8402 : Vocabulaire de management de la qualité et assurance de la qualité (Smans (et Ver Elst, 1997

Piloter : Le pilotage d'une démarche qualité procède de la maîtrise des moyens de motivation, de (sensibilisation, de formation et d'animation des principaux acteurs (Goudron et Fournier, 1993

(Organisation : Ensemble de responsabilités, pouvoirs et relations entre les personnes. (ISO 9000

Politique qualité : Orientations et objectifs généraux d'un organisme, concernant la qualité, tels qu'ils (sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau (ISO 8402

Orientations et intentions générales d'un organisme relatives à la qualité telles qu'elles sont (officiellement formulées par la direction. (ISO 9000

.(Procédure : Manière spécifiée d'accomplir une activité (ISO 8402

(Manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus. (ISO 9000

Processus : Ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en (éléments sortant (ISO 8402

Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de (sortie. (ISO 9000

L'ensemble des activités infirmières dont l'exécution a été jugée nécessaire pour couvrir les besoins » .(des patients« (Poirier-Coutansais, G., 1987

.Suite d'activités qui ajoutent de la valeur en produisant les extrants requis à partir de divers intrants

Un processus est une succession d'étapes ajoutant de la valeur, en produisant les éléments requis à .partir d'une variété d'éléments reçus

(Produit : Résultat d'activités ou de processus (ISO 8402

(Résultat d'un processus. (ISO 9000

.Professionnel : Ensemble des personnes exerçant une activité, salariée ou non, dans l'établissement

Professionnel paramédical : Au sens du code de la santé publique. Sont des professionnels paramédicaux notamment les infirmiers, les aides-soignants, les diététiciens, les .masseurs-kinésithérapeutes,etc

Professionnel de santé : Personne ayant une activité liée à la prophylaxie ou aux soins aux malades. Un professionnel de santé peut être un professionnel médical, un professionnel paramédical ou un .professionnel de la pharmacie

Projet d'établissement : Le projet d'établissement définit les orientations stratégiques de l'établissement sur une période pluriannuelle sur l'ensemble des activités de l'établissement portant tant sur la prise en .charge directe du patient que sur les activités y contribuant plus indirectement

Projet qualité : Projet pour une démarche qualité ou l'amélioration de la qualité (Goudron et Fournier, (1993

.Protocole : Descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer

Qualité : Aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire, au moindre coût et dans les moindres délais (les besoins des utilisateurs. (ISO 9000 : 1982

Ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à (satisfaire des besoins exprimés ou implicites. (ISO 9000 : 1987

Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés (et implicites. (ISO 9000 : 1994

.(Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences. (ISO 9000 : 2000

Qualité des soins : Niveau auquel parviennent les organisations de santé, en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations, et de compatibilité avec l'état des .connaissances actuelles

.Référentiel : Ensemble de références couvrant un domaine d'activité d'un établissement de santé

Résultats : Changements ou modifications apportées à l'état de santé et au confort du patient ou .(conséquences des soins et des services (Jacquerye, A., et Thayse, Maas, A., 1988

Les indicateurs de rendement, et les processus de contrôle et d'évaluation y afférents, permettant .d'évaluer l'efficacité d'une démarche et de sa mise en oeuvre

Système qualité : Ensemble de l'organisation, des procédures et des moyens nécessaires pour mettre (en oeuvre le management de la qualité (ISO 8402

Tableau de bord : Rassemble sous une forme aussi simple et significative que possible, un certain (nombre d'indicateurs sur la qualité ou la non-qualité obtenu (Goudron et Fournier, 1993

Traçabilité : Aptitude à retrouver l'histoire, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen .(d'identifications enregistrées (ISO 8042

(Aptitude à retrouver l'historique, la mise en oeuvre ou l'emplacement de ce qui est examiné. (ISO 9000

Valeurs : La compréhension et les attentes qui décrivent comment le personnel de l'organisation se .(comporte et sur lesquelles sont basées toutes les relations (ex. : confiance, soutien,vérité

Vision : Les affirmations qui décrivent le type d'organisation que celle-ci désire être (ex. : "Notre

."présence et notre efficacité contribuent au maintien de la santé de la collectivité

.Solutions mises en oeuvre pour réduire ou éliminer un problème identifié

#### Références bibliographiques

Aachati Smaïl (2007-2008). Management et Communication. Module d'enseignement au

.ème cycle de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Rabat2

Abbad, J. (2001). Organisation et Management Hospitalier (Mieux gérer les ressources

.humaines à l'hôpital). Berger-Levrault

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (2000). Méthodes et outils

des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : Service évaluation en établissements  
.de santé

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (2002). Principes de mise

.en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de sante

AHQ (1995). Pour mieux travailler ensemble : Une vision renouvelée de réseaux

intégrés de soins et de services. Association des hôpitaux du Québec : 27

AIIC (2002). Leadership de la profession infirmière. Enoncé de position. Association

.des Infirmières et Infirmiers du Canada

AIIC (2003). Planifier la relève du Leadership Infirmier. Association des Infirmières et

Infirmiers du Canada, 1-7

Ait Chitt H. (2006). Vers la gestion de l'unité des soins. Rabat : Techniques CHU Ibn

.Sina. Références de Management (Gestion) 01/Novembre 2006

Anchisi A., Berra, E., Et Pott, M. (2004). Cadres et qualité : A la recherche des soins

.infirmiers. Recherche en soins infirmiers, 77, 41-55

Bahadi, M., Malki., A., Zaari J.M., (2006-2007). Gestion de La Qualité. Module

.d'enseignement au 2ème cycle de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Rabat

Bellemare, D. (2003) La qualité en soins. L'avant-garde, le journal des soins

.(infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal, 1, (4

Blais, A.-R., Et Sinclair-Desagné, B. (2002). Le leadership en 3C : Capacités

Conduite Circonstances. Rapport Bourgogne (Décembre 2002) CIRANO : Centre Interuniversitaire de  
.Recherche en Analyse des Organisations 2002RB-04

Blanchard, K., et Miller, M. (2008). Comment développer son leadership : 6 préceptes pour les managers. 2ème tirage Nouveaux Horizons

Bonnard, C. (2001). La mise en place de la démarche qualité dans les hôpitaux du secteur Eure-Seine. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, France

.Pages 61

Brunelle, Y. (1993). La qualité des soins et services : Un cadre conceptuel. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Direction Générale de la Planification et de l'évaluation. Direction de l'évaluation. Service de l'évaluation de la couverture et de la qualité des services. Québec. Collection Etudes et Analyses n°16

.Centre Hospitalier Ibn Sina (2006). Rapport d'activités

.Centre Hospitalier Ibn Sina (2007). Rapport d'activités

Chaminad, B. (2005). Ressources humaines et compétences dans une démarche qualité. AFNOR Editions

-Charvet-Portat S., Jarlier A., Préaubert N., (1998). Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital. Service évaluation économique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Chauvel, A-M. (1996). Qualité : Méthodes et outils pour résoudre un problème. 30 outils pour améliorer la qualité de votre organisation. Dunod, Paris

.Cipiciani, I. (2005). Le management des cadres supérieurs et se Service infirmier

L'engagement du directeur de soins. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, France. 68 Pages

Circulaire N°34 SG du CHIS du 06 Mars 2007, Institutionnalisation du Programme de Management de la Qualité du CHIS

.Décision Ministériel du 04 Février 1997 fixant l'organisation hospitalière du CHIS

: Desnouveaux, C. (1994). Les surveillantes, acteurs dans les établissements de santé entre engagement et le défaitisme. Recherche en soins infirmiers, 37

-Détrie, P. (2003). Conduire une démarche qualité. (4ème Ed). Nouvelle Edition du Best Seller. Le client retrouvé. Editions d'Organisation, Deuxième Tirage

Direction Générale de l'Action Sociale (2004). Guide méthodologique pour les établissements et services sociaux ou médico-sociaux : Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire. Publications de France

Douguet, F., Munoz, J., Et Le Boul, D. (2005). Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des professionnels soignants, 48

Duran, J. (2001). Entre qualité, budget et aspirations des professionnels, manager par injonctions paradoxales : Quelles autres voies pour le service de soins infirmiers ? Lyon, Vendredi 19 Octobre 2001. Actes du colloque. P.1-12

? Dusausoy, E. (2001). L'infirmier faisant fonction de manager Quel Accompagnement .Mémoire de L'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, France. 102 Pages

François P., et Rhéaume, J. (2001). Les systèmes de gestion de la Qualité des soins .dans les hôpitaux du Québec. Qualité des soins dans les Hôpitaux du Québec. Ruptures, 8, (1), 6-25

Gasse, J.M., et Guay, L. (1994). Des modèles conceptuels en soins infirmiers. Editions .ESKA S.A.R.L

Goudron, C., et Fournier, J-P. (1997). Nouveau dictionnaire de la qualité. FGM .Associés Hérissey (Evreux). 157 Pages

Grenier, R., (2002). Dossier les outils du cadre. Pratiques soignantes. Le processus de .gestion de la qualité des soins-services. Soins cadres, 43, 29-34

.Gruson, A., (2002). Management de la qualité et accréditation. Journal d'information, 26

Guénot, C. (2005). L'amélioration continue de la qualité : Un enjeu managérial pour le Directeur des Soins. Mémoire de L'Ecole Nationale de La Santé Publique de Rennes, France. 72 .Pages

.Haliman, E., et Ségot, J. (1996). La démarche qualité : 15 entreprises témoignent .AFNOR

Haute Autorité de Santé (2007). Guide méthodologique : Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Service des recommandations .professionnelles et service évaluation des pratiques professionnelles

Hermel, P. (1988). Le Management participatif : Sens, réalités, actions. Les Editions .d'Organisation

Hesbeen W. (2002). La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective .soignante. 2ème Edition Masson

Hosotani, K. (1997). Le guide qualité de résolution de problème : Le secret de .l'efficacité Japonaise. Editions Dunod

Hubinon, M. (2004). Management des unités de soins : de l'analyse systémique à

.l'évaluation de la qualité. Edition de De Boeck Université

Husser, J., (2006). Le Management stratégique de la qualité hospitalière par

l'encadrement intermédiaire. Association Internationale de Management Stratégique. Xvème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève 13-16 Juin 2006. P.1-21

.(Inspectorat de la Direction Générale des Produits de Santé et des Aliments (2005

Cadre du système qualité pour le système de management de la qualité de l'inspecteurat : Gestion d'assurance de la qualité, Centre du Bureau du Directeur Général. Santé Canada QM-0001, 4

Jacquerye, A., Chagnon, M., Grenier, R., Heuse, A., Holtzer, L., Hubinon, M., Panchaud, C., Pauchet-Traversat, A.-F., Paul, J.-P., (1999). La qualité des soins infirmiers. Implantation, évaluation, .accréditation. Editions Maloine

Jacquerye, A., Thayse, C., et Mass, A.(1988). L'assurance de la qualité des soins

.infirmiers. Conférences: Méthodologie : Recherche en soins infirmiers, 14

Jeans M. E., et Rowat, K. M. (2004). Leadership, Objectif C : Compétences attendues

.des Infirmières gestionnaires. Canadian Nurses Association

.Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., et Major, F. (2003). La pensée infirmière

.ème Edition Beauchemin2

Lefort, MC., et Deletoile, V. (2000). Les indicateurs qualité au service d'une culture

de l'amélioration continue des soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers, 65

.Leplâtre, F., et Collard, F. (1998). Le point sur la qualité en formation : Réflexions

.Dossier documentaire Claudia Annasse, documentaliste ; Edition Centre Info

Lozeau, D. (2004). La Démarche qualité : de l'enlisement d'une technique à

l'enracinement d'un archétype. 13e Conférence de L'aims. Normandie. Vallée de Seine 2, 3 et 4 Juin 2004

Management Sciences for Health (2006). Transformer les managers en leaders : Guide pour l'amélioration des services de santé. Cambridge, Massachusetts

.Meignant, A. (1994). La qualité de la fonction ressources humaines. Editions Liaisons

Migani, P. (1993). Les systèmes de management en 22 fiches de Synthèses et 25 QCM d'autocontrôle. .Les Editions d'Organisations

Ministère de la Santé Publique (1998). Bref aperçu sur les concepts d'assurance de qualité. Publications du Niger

Ministère de la Santé (2004). Règlement intérieur des hôpitaux. Direction des hôpitaux

.et des soins ambulatoires. Publications du Maroc

Ministère de La Santé (2005). Elaboration de la stratégie du concours qualité. Rapport  
.de l'atelier du 25 au 26 Septembre 2005 à Casablanca, Maroc

Mintzberg, H. (2004). Le management : Voyage au centre des organisations. Editions  
.d'Organisation

Muller, J-L. (2004). Guide pratique : Les nouveaux styles de management. ESF  
.Editeur

Organisation Mondiale de la Santé (2006). Travailler ensemble pour la santé. Rapport de santé dans le  
.monde

.Orgogozo, I. (1997). Qualité dans les soins infirmiers : Les préalables aux méthodes  
,Recherche en soins infirmiers, 50

Poirier-Coutansais, G. (1987). Le questionnaire. Recherche en soins infirmiers 8

Programme National d'Assurance Qualité (1999). Ministère de la santé. Maroc

Rouessol, P. (2004). La démarche qualité à l'hôpital local ou comment passer à  
l'accréditation à une démarche qualité pérenne ? Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de  
.Rennes, France. 106 Pages

Sébilou, D., et Vertigheim, C. (1998). De la qualité à l'assurance de la qualité. Accompagner la démarche.  
(AFNOR, 1997 (2ème Tirage, 1998

Schultz Louis E. (1997). Qualité les grands courants et les hommes. AFNOR, 1997  
.pour l'édition Française

.Smans P., et Ver Elst G. (1997). Qualité assurée. Du système qualité à la certification  
.Edition AFNOR

Toxicologie du Centre Hospitalier d'Arras (Avril 2002). Journal d'information  
.Biomédicale, 62

USAID (2003). Programmes de santé reproductive et infantile. Rapport 30 années de  
collaboration entre l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) et le  
.Ministère de la Santé du Royaume du Maroc 1971-2000. Publications de Maroc

: Vossart, R. (2000). La démarche qualité, un choix stratégique pour l'hôpital  
Contribution de l'infirmier général à partir d'un exemple dans les blocs opératoires. Mémoire de l'Ecole  
.Nationale de la Santé Publique de Rennes, France. 79 Pages

Références webographiques

<http://www.afnor.fr>

[www.arsi.asso.fr](http://www.arsi.asso.fr)

<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=341256> le 15/06/07 à 18h00

<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=333542> le 15/06/07 à 18h00

<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=302904> le 15/06/07 à 18h02

<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=253295> le 15/06/07 à 18h04

<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=227024> le 15/06/07 à 18h06

<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=220088> le 15/06/07 à 18h08

<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=228038> le 15/06/07 à 18h10

[http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ministere/Dgas/Publications/2004/g\\_metho.pdf?9Q89G-34M93-80GWX-G878X-3K477](http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ministere/Dgas/Publications/2004/g_metho.pdf?9Q89G-34M93-80GWX-G878X-3K477) téléchargé le 6/08/07 de 17h00

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ensp/Memoires/2000/ig/vossart.pdf?8Q98G-34M93-9M3X4-4949W-G8X67>  
6/08/07 21h01

[http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ministere/Dgas/Publications/2004/g\\_metho.pdf?9Q89G-34M93-80GWX-G878X-3K477](http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ministere/Dgas/Publications/2004/g_metho.pdf?9Q89G-34M93-80GWX-G878X-3K477) téléchargé le 6/08/07 de 17h00 à 19h00

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ensp/Memoires/2001/iass/bonnard.pdf?6GM87-4497D-MM6G4-666M0-7J4G4>  
le 02/09/07 à 22h 51

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ensp/Memoires/2000/ig/vossart.pdf?6GKQ7-4497D-KM6G4-67MKW-7JX64> le  
02/09/07 à 22h50

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ensp/Memoires/2001/iass/bonnard.pdf?6GM87-4497D-MM6G4-666M0-7J4G4>  
le 02/09/07 à 22h 51

[www.cadredesante.com](http://www.cadredesante.com)

[/http://www.chisrabat.ma](http://www.chisrabat.ma)

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.hlhl.qc.ca/pdf/qualite-2003b.pdf> le 15/09/07 à 20h00

<http://www.ibnsina.ma>

[http://www.oig.org/publications/publications\\_thèmes.asp](http://www.oig.org/publications/publications_thèmes.asp) <http://www.ecole-sante-publique-psud.fr/> le  
15/07/07 à 23h00

<http://ressources.ensp.fr/memoires/2005/ds/guenot.pdf> téléchargé le 06/08/07 à 21h22

[http://www.santedescollines.qc.ca/ssc/sscinterne/index\\_f.aspx?ArticleID=1681](http://www.santedescollines.qc.ca/ssc/sscinterne/index_f.aspx?ArticleID=1681)

le 06/01/08 à 02H25

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/soins\\_inf/index.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/soins_inf/index.htm)

[www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)

Annexe n°1 : Lettre de présentation de l'étude pour le questionnaire

Annexe n°2 : Formulaire de consentement pour les participants à l'étude pour le questionnaire

Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux infirmiers chefs des unités de soins

Annexe n°4 : Formulaire de consentement au Focus Group

Annexe n°5 : Organisation du Focus group

Annexe n°6 : Guide du Focus Group

Annexe n°7 : Présentation de l'hôpital Ibn Sina

Annexe n°8 : Autorisation de récolte de données

Annexe n°9 : Circulaire N°34 (S/G) CHIS du 06 mars 2007

Annexe n°1 : Lettre de présentation de l'étude

,Madame, Monsieur

Dans le cadre du projet de recherche sur le rôle de l'infirmier chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité, dirigé par Monsieur Cherkaoui Mustapha, Chef de la Division des Soins Infirmiers de la Direction du Centre Hospitalier Ibn Sina de Rabat, avec l'accord de la Direction de l'hôpital Ibn Sina, vous êtes invités à remplir le questionnaire ci-joint

Ce questionnaire porte sur vos opinions concernant votre rôle dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Votre opinion est importante car les résultats de cette enquête serviront à contribuer à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des services offerts aux clients. En participant à cette recherche, vous pourrez mieux planifier l'intégration de la démarche qualité au sein de vos unités de soins et dans le système de santé afin de répondre aux besoins des clients. Je tiens à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements que vous fournirez à travers ce questionnaire et je vous demande de le remettre dans les meilleurs délais

Merci de votre disponibilité et de votre entière collaboration

Annexe n°2 : Formulaire de consentement pour les participants à l'étude

.Titre de l'étude : Le rôle de l'infirmier chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité

Cette étude a pour but d'explorer et de décrire le rôle de l'infirmier chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité. Les résultats permettront de mieux connaître votre opinion concernant votre rôle quotidien dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Ils permettront également d'influencer les décisions afin de permettre une meilleure intégration de la démarche dans votre pratique et dans les établissements du réseau de soins de santé

: Le présent questionnaire porte sur les éléments suivants

; Ø les renseignements généraux et situation professionnelle

.Ø les questions spécifiques au thème

Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis. Aucun risque ne sera lié à la participation à cette étude, d'autant plus que le questionnaire est : anonyme. L'anonymat et la confidentialité seront assurés par les mesures suivantes

;Ø vous n'avez pas à inscrire votre nom sur le questionnaire

.Ø en aucun cas, vos réponses individuelles ne seront communiquées à qui que ce soit

Nous tenons à vous rappeler que vous êtes entièrement libre de compléter ce questionnaire, sans avoir .à subir d'inconvénient ou de préjudice quelconque

Si vous désirez obtenir des informations complémentaires, vous pouvez nous contacter à l'adresse et .au numéro de téléphone indiqués ci-dessous

Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et accepte de participer à cette \_\_\_\_\_ . étude

Signature : Date : Rabat, le

Chercheur : Djoumbé Ephraïm, étudiant en 2ème année, section surveillant des services de santé à .(l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Rabat (IFCSR

Tél. : 013 66 28 99 Courriel : ephra1999@yahoo.fr

Encadrant : Cherkaoui Mustapha, Chef de la Division des Soins Infirmiers de la Direction du CHIS de Rabat, Maîtrise ès sciences infirmières, Université de Montréal

Tél. : 010 87 05 91 Courriel : mcherkaoui2003@yao.fr

Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux infirmiers chefs des unités de soins

.Pour chaque question, veuillez cocher à la case correspondante à votre choix

(I- Renseignements généraux et situation professionnelle (parcours et formation

: Vous êtes de sexe : Masculin : Féminin -1

Votre âge: ans -2

Vous travaillez à l'hôpital Ibn Sina depuis : ans -3

? Quelle est votre formation -4

: Deuxième cycle des études paramédicales : Ecole des cadres

: Premier cycle des études paramédicales : Ecole d'Etat

: Ecole de brevet

Vous êtes responsable de l'unité de soins depuis combien de temps ? ans -5

II- Gestion et organisation de travail

: Votre travail vous permet de prendre des initiatives ? Oui : Non -6

Disposez-vous de l'autorité nécessaire pour mener à bien votre mission et en assurer la -7

: responsabilité ? Oui : Non

: Produisez-vous un rapport au sein de votre unité de soins ? Oui : Non -8

: Encouragez-vous l'affichage de tableaux de bord ? Oui : Non -9

: Les indicateurs du service sont-ils utilisés pour s'améliorer ? Oui : Non -10

Le personnel est-il informé des problèmes, des actions et des succès de l'unité de soins? Oui : Non -11  
:

Si oui, la communication interpersonnelle entre vous et vos collaborateurs est-elle permanente ? Oui :  
: Non

Consacrez-vous du temps à ce sujet pour prendre contact et discuter avec les équipes soignantes -12  
: ? Oui : Non

: Si oui

: Vos collaborateurs vous comprennent-ils facilement ? Oui : Non

: Prenez-vous le temps nécessaire de les écouter ? Oui : Non

: Réunissez-vous votre équipe à ce sujet? ? Oui : Non -13

: Quelle est la fréquence de vos rencontres

: Une fois/mois : 2x/mois : 3x/mois : 4x/mois

? Incitez-vous votre équipe à s'adapter en permanence aux besoins du client -14

: Oui : Non

### III- Management de la qualité

: Avez-vous reçu une formation adaptée à la démarche qualité ? Oui : Non -15

: Si oui, la formation à la qualité vous a-t-elle apportée

? Une prise de conscience des enjeux de la qualité ·

? Un renouvellement des pratiques de management ·

? Une résolution de problèmes ·

? Un développement des pratiques et amélioration ·

.....:Autres, précisez ·

? Pensez-vous que l'amélioration continue de la qualité soit un objectif mobilisateur -16

: Pour l'hôpital Ibn Sina : Oui : Non

: Pour vous-même : Oui : Non

Considérez-vous que, pour les unités de soins aujourd'hui, l'amélioration continue de la qualité est -17  
: un enjeu ? Fondamental : Très important

: Secondaire : Ne sait pas

Pensez-vous que votre unité de soins attache de l'importance à la qualité en général ? Oui, tout à fait : Un peu -18

: Pas vraiment : Pas du tout : Ne sait pas

Vous sentez-vous personnellement impliqué dans la démarche d'amélioration continue de la qualité ? Oui, tout à fait : Un peu -19

: Pas vraiment : Pas du tout : Sans opinion

Les responsables de votre établissement vous incitent-ils à utiliser la démarche qualité dans votre pratique ? Oui : Non -20

: Avez-vous adopté la démarche qualité dans votre service ? Oui : Non -21

Si oui, comment avez-vous et votre équipe, accueillis l'adoption de la démarche qualité au sein de votre unité ?

: Très bien : Plutôt mal

: Plutôt bien : Très mal

Avez-vous mis en place des opportunités pour améliorer sans cesse les dysfonctionnements au sein de l'unité de soins ? Oui : Non -22

Si oui, vous vivez la démarche qualité comme un moyen d'améliorer votre pratique professionnelle ? Oui : Non

Comment percevez-vous l'engagement de votre responsable direct ou chef hiérarchique dans le processus d'amélioration continue de la qualité -23

: Très fort : Fort

: Intermittent : Faible

Le personnel a-t-il été sensibilisé et formé aux méthodes de l'amélioration continue de la qualité ? Oui : Non -24

? A l'état actuel d'avancement, l'équipe s'est-elle investie en totalité -25

: Oui : Non

: Si non, pensez-vous pouvoir faire investir toute l'équipe ? Oui : Non

? Existe-t-il des équipes de travail qui sont consacrés à l'amélioration de la qualité -26

: Oui : Non

: Les actions d'amélioration de la qualité font-elles l'objet d'une communication interne ? Oui : Non -27

#### IV- Difficultés liées à l'implantation de la démarche qualité

Rencontrez-vous des difficultés à vous engager et vos collaborateurs (personnel) à mettre en place -28

: une démarche qualité ? Oui : Non

(Si oui, quelles en sont les principales causes d'après vous ? (Plusieurs réponses possibles

: L'organisation de votre unité ·

: Absence ou la non-prise en compte d'objectifs qualité ·

: La gestion de votre temps ·

: Votre propre conviction ·

: La pression du quotidien ·

: Leur manque de formation ·

: Leur indifférence ·

: L'ambiance générale ·

: La non-implication de votre hiérarchie ·

: Les conditions de travail peu favorables ·

.....Autres, à préciser ·

: Vos suggestions -29

..... ·  
..... ·  
..... ·  
..... ·

! Merci de votre précieuse collaboration

Annexe n°4 : Formulaire de consentement au Focus Group

Titre de la recherche : Rôle de l'infirmier chef d'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité

Etudiant : Djoumbé Ephraïm, étudiant au 2ème cycle des études paramédicales, section surveillant des (services de santé, Institut de formation aux carrières de santé de Rabat (Maroc

Encadrant du mémoire : Cherkaoui Mustapha, Chef de Division des Soins Infirmiers à la Direction du Centre Hospitalier Ibn Sina de Rabat (Maroc), Maîtrise ès-sciences infirmières, Faculté des sciences (infirmières, Université de Montréal (Canada

A) Renseignements aux participants

Objectifs de l'entretien : Ce projet vise à explorer et décrire le rôle des infirmiers chefs d'unités de .1 soins afin de pouvoir mieux définir leur rôle dans l'amélioration continue de la qualité dont pourraient .bénéficier les clients et les services

.Cible : Infirmiers-chefs des services de l'HIS où sont implantés les projets qualité .2

Participation à la recherche : La participation à cette recherche consiste en une entrevue au niveau .3 du service des soins infirmiers de l'HIS. Cette entrevue portera sur votre expérience personnelle, vos rôles .et attributions dans la démarche d'amélioration continue de la qualité

Confidentialité : Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Les .4 .entrevues seront transcrites

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des services et soins offerts aux clients. Votre participation à la recherche pourra également .vous donner l'occasion de mieux vous connaître et de mieux comprendre vos réactions

Droit de retrait : Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout .5 temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué .ci-dessous

## B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et accepte de participer à cette étude

: Signature : Date

: Nom : Prénom

: Signature du chercheur: Date

: Nom : Prénom

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Djoumbé Ephraïm, au numéro de téléphone suivant : 013 66 28 99 ou à l'adresse courriel suivant : ephra1999@yahoo.fr

Annexe n°5 : Organisation du Focus group

### Préalables .1

Une semaine avant le jour J de la tenue du focus group, les participants ont été rappelés pour avoir une .confirmation de leur présence

Choix des participants : 6 personnes appartenant à la population cible ont été choisi sur la base de .(l'implantation du projet qualité

Une lettre de présentation de l'étude et un formulaire de consentement pour les participants a été .distribué

### Thème .2

L'objectif recherché dans cette étude est de définir le rôle de l'infirmier chef d'unité de soins dans .l'amélioration continue de la qualité

.(Durée : la durée est fixée à environ 90minutes (1h30mn .3

### Animation de la réunion .4

a Choix de l'animateur : le rôle de modérateur, il va créer un climat de confiance et délivre la cadre

général de l'entretien (introduction, garanti de la confidentialité des discussions), veille à l'implication des participants et au bon déroulement de la discussion. Il doit avoir une expérience en matière de conduite de réunions et de dynamique de groupe. Il doit faire émerger les points de vue de tous les participants

b Choix des rapporteurs : Trois observateurs qui prennent les notes et inscrivent toutes les propositions, idées, impressions, problèmes lors du focus group. Il régule et contrôle le temps préalablement fixé

Préparation des 7 questions claires et ouvertes contenant des relances .5

Le questionnaire compte une douzaine de questions ouvertes. Il a été élaboré pour explorer et décrire le rôle de l'infirmier chef d'unité de soins dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les questions générales devront précéder les questions spécifiques

Enoncé des questions suivi d'échanges avec les participants .6

; Garantir le même temps de parole à chaque participant et assurer une liberté d'expression ·

; Inviter les participants à parler à tour lorsque c'est nécessaire ·

; Insister sur l'utilité des différents commentaires ·

; Recentrer le débat lorsque c'est nécessaire ·

: Fin de l'entretien .7

; Remercier les participants, dire en quoi les informations collectées seront utiles ·

; Valoriser leur participation ·

.Proposer ou non l'envoi d'un résumé de la session ·

Analyse des résultats .8

Retranscrire les notes ·

Compilation et organisation des résultats ·

.Faire une analyse sous forme de rapport bilan et un résumé mentionnant les conclusions tirés ·

Validation des résultats avec les participants à l'entretien .9

Annexe n°6 : Guide du Focus Group

I- Approche

; Accueil et installation des participants ·

Chaque participant est installé dans la place qui lui est réservé (mentionné le titre, suivi de l'unité de ·  
; (soins auquel il est responsable afin de faciliter le débat

; Présentation des participants et des modérateurs ·

Distribution d'une fiche anonyme aux participants pour récolter les caractéristiques (âge, sexe, ·  
; (ancienneté, formation de base, le grade

; Exposé de l'objectif de l'entretien ·

.Bref rappel du sujet abordé ·

## II- Questions du Focus-Group

.Votre service s'est inscrit dans un projet visant l'amélioration de la qualité

? Quel est votre avis à ce sujet -1

Etes-vous convaincus que la mise en place de ce projet améliorera la qualité des prestations offertes -2  
? par votre service

? Pensez-vous qu'il devrait y avoir des préalables à la mise en place d'un projet qualité -3

: Oui : Non

.Si oui, expliquez. Si non, pourquoi

? Sentez-vous que vous êtes assez outillé pour piloter le projet qualité dans votre service -4

: Depuis que votre service a commencé à mettre en place la démarche d'ACQ -5

a Y a-t-il un lien entre la mise en place de projet qualité et l'amélioration de la gestion de l'unité ?  
.Expliquez

: b Avez-vous ressentis quelques changements ? Oui : Non

.Si oui, lesquels. Si non, Pourquoi

c Selon vous quel impact a eu ou pourrait avoir la mise en place de l'amélioration de la qualité ? Sur la  
,pratique de soins, l'environnement

.Sur la gestion des équipes, autres

Quels sont selon vous les habiletés que doit posséder l'infirmier-chef pour réussir le projet qualité -6  
dans son service ? Ou en votre qualité d'infirmier-chef de l'unité de soins, comment comptez-vous mener et  
? réussir votre projet qualité

Avez-vous d'autres commentaires ou propositions à formuler sur l'amélioration continue de la qualité -7  
?

## Caractéristiques des participants au Focus-group

: Vous êtes de sexe : Masculin : Féminin

Votre âge: ans

Votre ancienneté à l'hôpital Ibn Sina: ans

Vous êtes responsable de l'unité de soins depuis combien de temps ? ans

: Quelle est votre grade ? IDE grade principale : IDE 2ème grade

: IDE 1er grade : IA grade principal : IA 1er grade

: IA 2ème grade

: Avez-vous reçu une formation sur l'ACQ ? Oui : Non

.....:Si oui, dans quel cadre

.....:Si non, Pourquoi

Annexe n° 7: Présentation de l'hôpital Ibn Sina de Rabat

.Crée en 1954, sa capacité litière fonctionnelle en 2007 est de 959 lits

: Mission -1

.L'HIS a pour mission les soins de type tertiaire, la formation et la recherche

: Organisation -2

: L'HIS est composé de

; Services d'Hospitalisations 24 ·

;Laboratoires de Biologie 5 ·

; Services d'Imagerie Médicale 2 ·

; (Services d'Urgences (médicales et chirurgicales 2 ·

; Service de Médecine Nucléaire qui est une référence nationale 1 ·

; Service d'Explorations Fonctionnelles Digestives aussi une référence nationale 1 ·

; Centre de Lithotripsie également une référence nationale 1 ·

; Centre d'Hémodialyse 1 ·

; Service de Transfusion Sanguine et d'Hémo vigilance 1 ·

; Service de Pharmacie 1 ·

; Centre de Consultation 1 ·

.Services Administratifs 13 ·

: Effectif du personnel en 2008 -3

: Plusieurs personnes y travaillent dont

médecins, et 176 personnels d'enseignement 84

,infirmiers 857

.personnels administratifs, 161 administratifs techniques et 528 personnels administratifs de soutien 88

: Budget de l'HIS -4

La part la plus importante de la facturation totale payants et non payants revient à l'hôpital Ibn Sina qui

.a enregistré, à lui seul un montant de 131,5 Millions de dirhams dont 55% facturés aux non payants

Les indicateurs de l'HIS années 2006-2007 -5

Répartition des consultations de l'HIS 5.1

URGENTES

PROGRAMMEES

TOTAL

2006

2007

% Var

2006

2007

% Var

2006

2007

% Var

55.695

44.417

20,25-

46.552

41.895

10,00-

102.247

86.312

15,58-

.Les consultations ont diminué cette année de -15% par rapport à l'année 2006

Quelques indicateurs de l'HIS années 2006-2007 5.2

Indicateurs

2006

2007

%Var

Capacité litière fonctionnelle

998

959

3,92-

Admissions

20439

18994

7,07-

Journées d'hospitalisations

266906

247623

7,22-

(%) Taux d'occupation moyen

%73,26

%70,74

3,44-

(Durée moyenne de séjour (jours

13,06

13,04

0,17-

(Intervalle de rotation (jours

4,77

5,39

13,12

(%) Taux de rotation

20

20

3,27-

(Taux de mortalité (1000

29,65

30,01

4,59

### Répartition des interventions chirurgicales 5.3

URGENTS

AUTRES

TOTAL

2006

2007

%VAR

2006

2007

%VAR

2006

2007

%VAR

5.461

4.933

9,67-

7.363

6.708

8,90-

12.824

11.641

9,22-

En 2007, 11641 interventions chirurgicales ont été enregistrées soit une baisse de 9,22% par rapport à 2006. Cette réduction est observée aussi bien pour les interventions chirurgicales urgentes (-9,67%) que .(celles programmées (-6,7%

Les examens de laboratoires pour l'année 2006 sont de 430531 dont 20147 anapath, pour l'année ·  
; 2007 est de 436310 dont 19246 pour les examens d'anapath

; Les examens de radiologie, 120095 dont 5840 TDM pour l'année 2006 et 117.408 pour l'année 2007 ·

; Les examens isotopiques, 22110 pour l'année 2006 et 18037 examens pour l'année 2007 ·

; Les examens des explorations fonctionnelles digestives, 3319 pour 2006 et 3726 pour l'année 2007 ·

; Les séances d'hémodialyse sont de 11018 séances pour l'année 2006 et 10816 pour 2007 ·

.Lithotritie, 396 séances en 2006 et 930 pour 2007 ·

L'HIS est engagé dans plusieurs projets, notamment le programme de management de la qualité mis en place tant au plan institutionnel que technique depuis Mars 2007, a connu un renforcement des fonctions .essentielles et un soutien de la démarche qualité

Source : Centre Hospitalier Ibn Sina - Rapport d'Activités 2006 et 2007  
Annexe n°8 : Autorisation de récolte de données

(Annexe n°8 : Autorisation de récolte de données (suite

Annexe n°9 : Circulaire N°34 (S/G) CHIS du 06 mars 2007

(ISO : International Standards Organisation (organisation internationale de normalisation 1 \*

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé 2 \*

Circulaire n°34 (S/G), CHIS du 06 mars 2007. Direction du Centre Hospitalier Ibn Sina Rabat 3 \*

Décision ministérielle du 04 février 1997, fixant organisation hospitalière du CHIS 4 \*

Ministère de la Santé Publique du Niger 5 \*

AFNOR : Agence Française de Normalisation 6 \*

DGAS : Directin Générale de l'Action sociale 7 \*

Toxicologie du Centre Hospitalier d'Arras 8 \*

Haute Autorité de Santé / Service des recommandations professionnelles et Service évaluation des 9 \*  
pratiques professionnelles / Mai 2007

Direction générale de l'action sociale de France 10 \*

IDGPSA : Inspectorat de la Direction Générale des produits de Santé et des Aliments - Santé 11 \*  
Canada

Règlement intérieur des hôpitaux, Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires. Ministère de la 12 \*  
santé, 2004

Management Sciences for Health 13 \*

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada 14 \*

[Click here](#)

:Rechercher sur le site

Memoire Online 2000-2012 ©  
Pour toute question contactez le webmaster