

**Etude des processus d'implémentation de la démarche qualité dans l'HME
de Bamako au Mali**

**Ramata THIAM^{1*}, Amadou H DICKO², Fousseyni DEMBELE², Cheick Oumar BAGAYOGO³,
Issa COULIBALY² & Amadou H BABANA³**

¹Agence Nationale d'Accréditation des établissements de Santé, Bamako, Mali

²Université de Ségou, BP 24, campus de Sebougou, Ségou, Mali

³Université des Sciences et des technologies de Bamako, Bamako, Mali

*Auteur correspondant : thiamramata48@gmail.com

Résumé

Pour faciliter la file d'attente devant le bureau d'entrée, la pharmacie et l'exploration des dossiers patients, et une prise en charge de qualité il est nécessaire de mettre en œuvre une démarche d'amélioration qualité. L'état de lieu a montré que l'Hôpital Mère Enfant le Luxembourg est une référence (78%). Les résultats indiquent que la norme n'est pas requise parce que la qualité commence à partir de 80% selon les normes de l'OMS. Cette gestion cause problème à cause de sa non applicabilité et sa non maîtrise dans l'établissement Cette gestion cause problème à cause de sa non applicabilité et sa non maîtrise dans l'établissement. Cela nécessite la description des processus à mettre en place pour la mise en œuvre de la démarche qualité.

Les processus de mise en place de la démarche qualité sont :

- élaboration de la politique qualité et ses objectifs,
- détermination de la charte et son adoption,
- Et décrire l'organisation à mettre en place pour la mise en œuvre de la démarche qualité.

Mots clés : Patients, Bamako, démarche qualité, charte.

Abstract

To facilitate queues at the admissions office, the pharmacy, and the exploration of patient files, and to ensure quality care, it is necessary to implement a quality improvement approach. The current situation has shown that the Mother and Child Hospital in Luxembourg is a benchmark (78%). The results indicate that this standard is not required because quality begins at 80% according to WHO standards. This management is problematic due to its inapplicability and lack of control within the institution. This necessitates a description of the processes to be implemented for the quality approach.

The processes for implementing the quality approach are:

- development of the quality policy and its objectives,
- determination of the charter and its adoption,
- and description of the organization to be put in place for the implementation of the quality approach.

Keywords : Patients, Bamako, quality approach, charter.

1. Introduction

L'implémentation de la démarche qualité s'inscrit dans la mouvance du changement. Selon d'autres auteurs, « Le changement organisationnel désigne toute modification dans les structures et/ou les comportements des membres de l'organisation résultant d'une adaptation à l'environnement ou d'une action volontaire du dirigeant en vue d'assurer le maintien ou la croissance de l'entreprise dans son environnement ». Il s'agit une modification apportée à l'évolution de la structure, aux modes de gestion, à la technologie, à la transformation des dimensions culturelle et humaine de l'organisation (croyances, valeurs, règles) ainsi qu'aux personnes qui y travaillent en vue de l'amélioration de son fonctionnement et de sa performance (Zammar & Abdelbaki, 2016).

La mise en place d'un programme qualité à partir d'une dynamique d'amélioration. L'approche de type 2 que l'on qualifiera de dynamique d'emblée vise à changer l'organisation dans sa culture et son fonctionnement pour ensuite évaluer la qualité et l'améliorer. L'objectif ici est de changer les mentalités et les comportements des professionnels, de leur faire prendre conscience de la nécessité du changement pour ensuite leur donner les moyens adaptés pour conduire le changement et s'améliorer. Il s'agit de susciter l'intérêt pour l'amélioration plutôt que de révéler la nécessité. L'apport de références s'intègre ainsi progressivement dans la démarche. Le programme visera dans un premier temps à mobiliser les professionnels dans la recherche d'une amélioration de la qualité, pour ensuite apporter ou concevoir des références qui permettront de

situer l'amélioration. Les démarches de ce type sont relativement moins nombreuses dans la littérature.

La place de la formation dans l'implantation de la culture qualité repose sur la mobilisation et l'engagement des différentes catégories de professionnels dans une démarche participative d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Ce travail de fond s'inscrit dans la durée et remet en question un certain nombre d'attitudes et de comportements, tant individuels que collectifs. C'est donc une évolution culturelle qu'il convient d'accompagner de manière pédagogique en structurant la mise en œuvre de la politique qualité comme une conduite de projet, c'est-à-dire en identifiant les ressources nécessaires en termes, notamment, de compétences. Dans ce contexte, le plan de formation doit comporter un important volet consacré à la qualité. Le dispositif de formation continue offre en effet l'opportunité d'accompagner le développement d'une culture qualité dans les établissements de santé en mettant au service de la politique qualité toute l'ingénierie développée depuis de nombreuses années en matière de formation, qu'il s'agisse de la procédure de recueil et d'analyse des besoins, du processus de construction des actions de formation, ou de la capacité à assurer la traçabilité des actions de formation.

Les difficultés potentielles de la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité apparaissent à l'étape de pérennisation. La démarche qualité se fonde sur un regard externe visant à maîtriser des processus à multiples étapes et faisant intervenir de nombreux acteurs, elle nécessite l'apprentissage d'un nouveau système de références et de valeurs pouvant bousculer les habitudes mentales de l'hôpital, c'est-à-dire les cultures de service. Toucher aux habitudes et mobiliser l'attention en direction de références inédites définit les conditions d'un changement qui oblige à une participation active des acteurs. Cette mobilisation est facilement obtenue au sein des comités de pilotage rassemblant les membres de la direction et les chefs de services. Pour les autres personnels, elle peut s'essouffler du fait de la résistance au changement ou du manque de soutien effectif des leaders car, au sein d'une structure fortement institutionnalisée, le changement a du mal, en dehors du discours d'intention, à se frayer un chemin sans remettre en question des habitudes déjà encrées. Le leadership, comme la satisfaction des personnels ou des clients sont au nombre des facteurs de succès de tout système de management par la qualité totale.

A « Hôpital Mère Enfant le Luxembourg et les établissements de santé

Avec l'adoption de la réforme hospitalière et de la Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant Loi Hospitalière en République du Mali, la Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière (MARH) a été érigée en Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH).

Hôpital Mère Enfant est une référence parmi les autres hôpitaux selon les évaluations de ANEH le HME fait partie des meilleurs structures sanitaires au Mali mais des difficultés persistent encore entre autre la retrouvabilité des dossiers la longue file d'attente devant la pharmacie l'accueil la salubrité le manque de la prise en charge des patients c'est ce qui nous a poussé à choisir ce sujet qui est de mettre en place une démarche en qualité au sein de l'Hôpital mère enfant le Luxembourg.

D'où notre motivation pour ce thème intitulé ***“étude de mise en place de la démarche qualité dans les établissements de santé au Mali cas de l'hôpital mère enfant le Luxembourg”***.

2. Methodologie

2.1 Cadre de l'étude

L'étude sera réalisée dans l'Hôpital mère - enfant.

L'Hôpital Mère-Enfant « le Luxembourg » est situé à Bamako dans le quartier de Hamdallaye. Il a débuté ses activités en Mai 1999. Il appartient à la Fondation pour l'Enfance (F.P.E.). Cette fondation a été reconnue d'utilité publique par le Décret n°93-271 P-RM du 06 août 1993. L'Hôpital Mère- Enfant « le Luxembourg » a été créé par l'Arrêté 1845/MS-SG du 27 août 2002 portant octroi de licence d'exploitation d'un établissement hospitalier privé à but non lucratif. Il a pour mission :

- assurer le diagnostic, le traitement des patients et en particulier les femmes et les enfants ;
 - assurer la prise en charge des cas référés et des urgences ;
 - assurer la formation continue des professionnels de la santé et des étudiants ;
 - conduire les travaux de recherche dans le domaine de la santé
- Centre Hospitalier "Mère-Enfant" le Luxembourg est un établissement de diagnostic, de traitement et d'hospitalisation d'une part, de recherche et d'enseignement d'autre part [5]. Le nom du centre répond à deux objectifs : - souligner l'intérêt que la Fondation Pour l'Enfance porte à la situation du couple Mère-Enfant au Mali ; - rendre hommage à la coopération luxembourgeoise notamment la Fondation Luxembourgeoise Raoul Follereau, principal partenaire du projet. Les bâtiments ont été inaugurés le 24 novembre 1998 en présence de la Secrétaire d'Etat à la Coopération du Luxembourg. L'hôpital a ouvert ses portes en mai 1999. L'hôpital appartient à la « Fondation Pour l'Enfance » dirigée par l'épouse du Président actuel de la République et a été reconnu d'utilité publique par le décret N°93-271 du 6 avril 1993.

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude retro-prospective avec des aspects qualitatifs et quantitatifs.

2.3 Population d'étude

Les informations seront recueillies sur les procédures organisationnelles dans l'établissement et des documents de recherches. Les prestataires, les usagers de l'HME sont des populations cibles.

2.4 Moyens de production :

Nous avons recensé les matériels de plusieurs manières :

- pour les ressources humaines un choix raisonné sera appliqué en fonction des tâches et des responsabilités ;
- pour les infrastructures, équipements et matériels, ils seront recensés de façon exhaustive ;
- pour les médicaments, un choix aléatoire de 60 fiches au niveau du point de vente ;
- en ce qui concerne, les fluides médicaux, ils seront recensés de façon exhaustive ;
- tous les documents de gestion permettant de fournir des renseignements seront concernés.

Infrastructures

- bâtiments ;
- installations.

Le HME est composé de 4 Bâtiments avec un étage chacun. Son plateau technique comprend :

- Une unité chirurgicale qui est concentrée au rez-de-chaussée de deux bâtiments et qui comprend :
- 2 blocs opératoires comportant chacun 2 salles d'opération, 2 salles de préparation /Réveil des malades.
- 2 Box pour l'habillage des chirurgiens et un local pour les obus des gaz médicaux.
- 1 salle de petite chirurgie
- 1 salle de stérilisation de matériel chirurgical
- 1 salle de soins courants
- 1 salle de garde
- 6 chambres d'hospitalisation avec chacune 2 lits
- 1 salle de consultation chirurgicale
- 1 salle de consultation anesthésique
- 1 salle de consultation pour les médecins de garde. Cette salle sert aussi de bureau de consultation pour l'orthopédiste, le Kinésithérapeute et le psychiatre.
- Des vestiaires/ toilettes pour le personnel et pour les hospitalisés.
- Un complexe médico-obstétrical :

Le complexe médical est composé de deux zones dont :

*** une première zone regroupant :**

- bureau de consultation pour le gynécologue doté d'un échographe,
- un bureau de consultation pédiatrique,
- deux bureaux pour consultation de médecine générale, .
- un cabinet dentaire, un bureau pour consultation cardiologique ;
- 5 salles d'hospitalisation avec chacune 2 lits et dont une chambre climatisée.
- 1 salle de soins 9
- 1 local pour activités éducatives des enfants
- 1 salle de garde

*** Une seconde zone regroupant la pharmacie :**

Le laboratoire qui comporte : un bureau pour le biologiste, un bureau pour le major, une salle de stérilisation, une salle de prélèvement,

L'imagerie médicale qui comprend : un local pour la radiologie, une salle de mammographie (non encore fonctionnelle) une salle d'échographie et d'endoscopie digestive . un magasin de stockage.

- Le complexe obstétrical comprend :
- une salle d'hospitalisation,
- une salle d'accouchement
- une salle de consultation pré et postnatale,
- une salle de garde.

Le centre dispose aussi d'un service administratif dont la structuration est la suivante :

- A l'entrée de la cour : d'un bureau des entrées et d'un bureau pour les gardiens
- Un bloc administratif comprenant :
 - A l'étage la Direction de l'hôpital
 - Au rez-de-chaussée une salle de réunion, un magasin et une salle de maintenance.

D'autres services complètent cet ensemble : la Buanderie, la Cantine, un service social, des toilettes pour les accompagnants des malades, des parterres et parking aménagés.

Matériels et équipements

- équipements du bloc opératoire;
- équipements d'imagerie médicale;
- équipements de laboratoire;

- équipements de buanderie;
- équipements et matériels d'hygiène, d'assainissement et de sécurité ;
- matériels informatiques et bureautiques;
- lits d'hospitalisation;
- moyens logistiques ;
- mobiliers de bureau;
- matériels de consultation.

Médicaments et consommables

- liste des médicaments et consommables essentiels;
- fluides médicaux ;
- kit pour les affections médico-chirurgicales ;
- armoire d'urgence ;
- réactifs de laboratoire.

Ressources humaines

- personnel médical ;
- personnel paramédical ;
- personnel administratif ;
- personnel de soutien.

Documentation

- ordinogrammes ;
- protocoles de traitement ;
- tableau des effectifs du personnel ;
- cadre organique ;
- rapports d'activités;
- support du système d'information;
- liste des documents de motivation;
- documents de procédures;
- procès-verbaux de réunion.

2.5 Processus de soins :

- mécanismes de motivation du personnel ;
- processus de gestion et d'organisation ;
- processus de consultation et de prise en charges des urgences ;
- équité aux soins : traitement (hospitalisations, ambulatoires);
- processus de maintenance des équipements

- examens complémentaires (examen de laboratoire, imagerie médicale, exploration fonctionnelle);
- tenue des dossiers patients ;
- système d'information hospitalier.

La satisfaction des usagers sera mesurée sur les éléments suivants :

- accueil;
- accessibilité financière;
- disponibilité du personnel;
- confidentialité des prestations;
- sécurité des patients;
- propreté à l'hôpital ;
- respect de l'intimité des patients ;
- informations sur le diagnostic et l'acte à poser ;
- conseils hygiéno-diététiques donnés par le prestataire ;
- mesures de prévention données par le prestataire ;
- commodité de l'hospitalisation ;
- accessibilité et équité aux soins ;
- prise en charge des urgences;
- résultats des soins.

2.6 Sources d'informations

Les informations proviendront des personnels de l'établissement, des usagers, des documents administratifs et de gestion.

2.7 Plan de collecte des données

2.7.1- Décrire les processus à mettre en place pour la mise en œuvre de la démarche qualité au sein de l'hôpital mère – enfant,

Pour mettre en place les processus de mise en œuvre d'une démarche qualité, il est très important de passer par ces étapes comme :

- Construire les objectifs qualités ;
- Elaborer les éléments de la charte qualité ;
- Adopter les éléments de la charte qualité ;

Et décrire l'organisation à mettre en œuvre de la démarche qualité

La construction des objectifs qualités sera faites en point commun avec les 30 personnes du personnel de l'hôpital et avec les usagers tirés au hasard. Les éléments de la charte impliquent

le personnel administratif et des usagers. Mais l'adoption des éléments de charte qualité sera faites sans les usagers.

Plan d'analyse des données

Toutes les procédures organisationnelles seront analysées en vue de ressortir les atouts et des obstacles à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Par rapport à chaque composante de la qualité, des objectifs seront fixés. En fonction des objectifs, l'organisation à mettre en place sera défini.

2.8 Traitement des données

Les données seront traitées à l'aide des logiciels EXCEL et SPSS et les résultats seront présentés sous forme de tableau et de graphique.

3. Résultats

Décrire les processus à mettre en place pour la mise en œuvre de la démarche qualité au sein de l'hôpital mère – enfant :

3.1 Objectif de la qualité

La démarche d'amélioration continue de la qualité est centrée sur l'approche par processus dont le dénominateur commun est le patient. Elle définit la structuration de la démarche de management de la qualité. Les questions de prises en charges linéaires y sont abordées en cernant le circuit des patients de même que les processus transversaux comme la gestion de l'hôtellerie, la gestion des dossiers patients et la gestion des déchets hospitaliers. L'approche par processus permet en outre d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité et de gestion des risques. On peut ainsi étudier simultanément toutes les pratiques qui concourent à une prise en charge, qu'elles soient organisationnelles ou professionnelles. Elle permet de :

- centrer la démarche qualité sur le patient (longue file d'attente à l'accueil, à la pharmacie et aux dossiers patients, prise en charge en qualité des patients)
- mieux percevoir et évaluer la qualité réelle (équipe qualité)
- centrer la qualité sur les pratiques (gestions des soins, des déchets et des risques)
- évaluer a priori les défauts dans l'organisation, plutôt qu'à posteriori (auto évaluation),
- concilier démarche qualité et conduite de la procédure de certification, d'intégrer la gestion de projet dans le quotidien.

3.2 Charte

La démarche qualité dans un hôpital doit prendre en compte toutes les dimensions de la qualité des soins :

La dimension stratégique de l'établissement concerne l'ancrage institutionnel via une politique formalisée et lisible par tous, l'implication de la direction, le choix des thèmes et des processus clés à traiter, les actions de mobilisation des professionnels, l'allocation de ressources adaptées, le suivi et l'évaluation des résultats.

Bonne gestion des références des patients

- La dimension culturelle concerne la compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la démarche, le développement d'une culture et de bonnes pratiques. Posture

du management et de l'encadrement à tous les niveaux, communication et formations adaptées en constituent les leviers essentiels.

- La dimension structurelle concerne l'organisation proprement dite (structures de pilotage et de coordination, composantes opérationnelles) et l'utilisation pertinente des ressources allouées.
- La dimension technique concerne les méthodes et outils (conduite de projet, système d'information, méthodes d'identification et d'analyse de processus critiques, de hiérarchisation, de résolution de problèmes, de mise en œuvre des solutions retenues, de mesure, d'évaluation et de pérennisation des résultats).

Bonne gestion des infrastructures

Le changement organisationnel désigne toute modification dans les structures et/ou les comportements des membres de l'organisation résultant d'une adaptation à l'environnement ou d'une action volontaire du dirigeant en vue d'assurer le maintien ou la croissance de l'entreprise dans son environnement. Il s'agit d'une modification apportée à l'évolution de la structure, aux modes de gestion, à la technologie, à la transformation des dimensions culturelle et humaine de l'organisation (croyances, valeurs, règles) ainsi qu'aux personnes qui y travaillent en vue de l'amélioration de son fonctionnement et de sa performance.

Il existe de nombreuses approches pour induire ce changement à l'intérieur des établissements, mais on peut considérer schématiquement deux approches méthodologiques. Elles ne sont pas mutuellement exclusives car elles reposent sur les mêmes concepts mais diffèrent dans leur mise en œuvre dans les établissements : l'une s'appuie sur une référence pour créer une dynamique d'amélioration, tandis que l'autre crée une dynamique d'amélioration pour ensuite intégrer des références (on entend, par références, toute notion de standards, de critères, de référentiels, de normes et autres modèles servant à comparer la situation concernée).

Bonne gestion des déchets

L'adéquation de l'hygiène hospitalière a été appréciée à travers le taux d'adéquation des processus d'hygiène (décontamination, stérilisation, gestion des déchets) qui est le rapport entre le nombre de processus adéquats et le nombre total de processus d'hygiène. Il faut la formation de tous les personnels et des stagiaires et l'affichage de tous les processus de gestion de l'hygiène hospitalier.

Bonne gestion des soins

La gestion des soins est composée de normes professionnelles, de la satisfaction des usagers et en moitié du niveau conforme de la qualité du service. Chaque composante de la qualité, (normes professionnelles et satisfaction des usagers) représente la moitié des composantes de la gestion des soins.

3.3 Adopter les éléments de la charte qualité

La démarche qualité dans un hôpital doit prendre en compte toutes les dimensions de la qualité des soins :

La dimension stratégique de l'établissement concerne l'ancrage institutionnel via une politique formalisée et lisible par tous, l'implication de la direction, le choix des thèmes et des processus clés à traiter, les actions de mobilisation des professionnels, l'allocation de ressources adaptées, le suivi et l'évaluation des résultats.

- La dimension culturelle concerne la compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la démarche, le développement d'une culture et de bonnes pratiques. Posture du management et de l'encadrement à tous les niveaux, communication et formations adaptées en constituent les leviers essentiels. Dans hôpital mère enfant, le cousinage, la fraternité l'accueil cofrité sont des pratiques de compréhension du sens. Dans cet établissement la culture de prise en charge de la mère et de l'enfant est l'objectif.
- La dimension structurelle concerne l'organisation proprement dite (structures de pilotage et de coordination, composantes opérationnelles) et l'utilisation pertinente des ressources allouées. Mettre en place les kits procédurales tous les actes administratifs pour la bonne pratiques des soins
- La dimension technique concerne les méthodes et outils (conduite de projet, système d'information, méthodes d'identification et d'analyse de processus critiques, de hiérarchisation, de résolution de problèmes, de mise en œuvre des solutions retenues, de mesure, d'évaluation et de pérennisation des résultats) rendre fonctionnel les organes consultatifs procéder à l'audit systématiques en rapport avec les soins.

3.4 Décrire l'organisation à mettre en place pour la mise en œuvre de la démarche

A. La structuration de la démarche

Une démarche qualité structurée se réalise à travers la coordination des structures de pilotage aux structures de mises en place :

- Favoriser l'implication des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité ;
- Garantir le fonctionnement de la CDU et promouvoir son implication dans les projets développés dans l'établissement ;

- Faciliter l'accueil et l'implication des associations de bénévoles ;
- Garantir l'information des patients en utilisant différents médias (livret, panneaux, télévision, bornes d'information...) ;
- Poursuivre la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et des réclamations ;
- Perpétuer une écoute systématique du patient et faciliter la médiation

La structure de pilotage : il prend la forme d'un comité de pilotage dont la composition varie selon la taille de l'établissement. Il est chargé de prendre les décisions importantes. Ses missions essentielles sont :

- Prendre les décisions liées à l'avancement de la démarche qualité.
- Déterminer et valider des objectifs à réaliser.
- Garantir les moyens nécessaires à la réalisation de la démarche qualité.
- Assurer le suivi et la cohérence de la démarche.

Le comité de pilotage représente les structures décisionnelles et consultatives de l'entité.

B. L'importance de la relation client-fournisseur

1. La pharmacie (client) qui passe une commande à un laboratoire (fournisseur) ;
2. L'infirmière (cliente) qui demande à la pharmacie (fournisseur) des seringues et des aiguilles ;
3. L'infirmière (fournisseur) qui réalise une injection au malade (client).

Chaque fonction de l'établissement se trouve donc simultanément en position :

- De fournisseur de la ou des fonction(s) placées en aval.
- De client de la ou des fonction(s) placées en amont dans tous les services de soins.

Le principe de l'écoute client touche les clients internes de l'établissement (tous les professionnels) mais aussi les clients externes (ensemble des usagers de soins, professionnels extérieurs, population susceptible d'être traitée).

C. La communication de la démarche qualité

« La communication doit se généraliser à toutes les composantes de l'organisation, favorisant le décloisonnement des services tout en améliorant la coordination dans l'ensemble de l'établissement ».

D. L'introduction de la communication, dès le départ, dans les objectifs de la démarche est importante.

- a) La formation du personnel

b) La mesure et l'évaluation

D'autres paramètres sont indispensables à la mise en œuvre de la démarche. Parmi celles-ci , on a la gestion des risques. Elle passe par :

- ✓ Identifier et analyser les risques hospitaliers et mettre en place les actions de prévention
- ✓ Promouvoir une culture du signalement des évènements indésirables et en l'identification, l'analyse et la gestion en recourant aux méthodes d'analyse de risques.
- ✓ Garantir la sécurité des soins prodigués aux patients
- ✓ Garantir la gestion des situations de crise
- ✓ Sécurité incendie et sécurité physique des biens et des personnes

E. Le coût de la non qualité

Les limites de la démarche qualité à l'hôpital

Afin de promouvoir le déploiement de la politique qualité, l'hôpital s'est doté de moyens :

- Une direction qualité en charge de la politique qualité, de l'évaluation et de la gestion des risques ;
- La mise à disposition des documents supports (procédures, protocoles, imprimés...). La gestion documentaire est informatisée et permet la mise à disposition des documents qualité (procédure, protocoles...) pour l'ensemble du personnel en temps réel.
- des supports de communication : intranet, revue interne, newsletter permettent d'informer régulièrement et périodiquement les professionnels sur le suivi de notre politique qualité/évaluation/gestion des risques et l'avancement de notre programme qualité.
- Des comités dédiés constitués en groupes de travail pluri professionnels impliqués dans la démarche qualité et gestion des risques :

La fiche de déclaration des évènements indésirables permettant de déclarer tout incident ou dysfonctionnement, en vue de mettre en place des actions d'amélioration en évitant ainsi que m'évènement indésirable ne se reproduise.

Les tableaux de bord et les indicateurs sont réalisés par services et sont suivis par les instances concernées. Les indicateurs sont diffusés aux professionnels. Ils concernent la satisfaction des patients, le risque infectieux, les plaintes

4. Discussion.

Pour éviter la file d'attente devant le bureau d'entrée, la pharmacie et la retrouvabilité des dossiers patients, et une prise en charge de qualité il est nécessaire de mettre en œuvre une démarche qualité décrite dans les résultats.

Avec des objectifs fixés, une charte de la démarche qualité dans un hôpital doit prendre en compte toutes les dimensions de la qualité des soins :

- La dimension stratégique de l'établissement concerne l'ancrage institutionnel via une politique formalisée et lisible par tous, l'implication de la direction, le choix des thèmes et des processus clés à traiter, les actions de mobilisation des professionnels, l'allocation de ressources adaptées, le suivi et l'évaluation des résultats. Cette charte est similaire à la Charte européenne de l'enfant hospitalisé de l'APACHE, (2016)
- La gestion des soins est composée de normes professionnelles, de la satisfaction des usagers et en moitié du niveau conforme de la qualité du service. Chaque composante de la qualité, (normes professionnelles et satisfaction des usagers) représente la moitié des composantes de la gestion des soins.

Notre approche est l'amélioration continue de la qualité (ACQ), elle est identique à l'approche adopté en Europe dans 30 services médicaux du CHU par l'équipe multidisciplinaire de P. François en 2008.

Nos processus de mise en œuvre de la démarche qualité sont presque identiques à ceux de TARKPESSI Kossi sur les hôpitaux du Togo en 2007.

En plus de l'information, de la sensibilisation de l'administration et du personnel, la formation du personnel, mise en place d'un bureau de pilotage et le recrutement d'un auditeur externe de qualité dans les hôpitaux du Togo, au HME nous avons ajouté une autoévaluation par le bureau de pilotage, donné une importance aux relations client-fournisseurs et la communication entre le personnel entre eux et l'administration.

Mais nos processus sont plus diversifiés que ceux de Sébastien Diallo sur l'hôpital du Mali en 2016 qui s'est appesanti sur la mise en place d'un bureau de pilotage et l'implication d'un auditeur.

8. Conclusion

Au terme de notre étude avec un échantillonnage au hasard, nous pouvons tirer plusieurs enseignements.

La description de la mise en place d'une démarche qualité dans l'HME est possible même dans des pays peu nantis comme le Mali malgré certaines difficultés (manque d'indicateurs

qualitatifs au Mali, la non détermination des limites de l'évaluations, le manque de l et la non compréhension du but de l'étude...).

Cette étude, inédite dans l'HME, a noté des insuffisances imputables non seulement à la structure hospitalière elle-même mais aussi aux agents y exerçant. L'application des recommandations faites sur la base de l'analyse des données recueillies permettra, sans doute, de réduire la souffrance qu'implique très souvent l'hospitalisation de ces êtres si fragiles qui sont des enfants et des mères. Pour ce faire, les résultats de la présente recherche doivent être prises en compte par les autorités, cela permettra d'améliorer le niveau de la qualité des soins avec une immolation de la démarche qualité.

Il serait donc très intéressant de poursuivre ce genre d'étude dans les années à venir afin de voir l'impact de l'application des recommandations sur l'amélioration de la qualité des soins aux autres établissements de santé du Mali, mais aussi dans d'autres services de l'enseignement supérieur.

9. Références bibliographies

Rachid Zammar, Nouredine Abdelbaki, September 2016 Conduite de changement organisationnel dans le secteur de Santé Marocain. European Scientific Journal édition vol.12, No.27

P. François, L. Boyer, G. Weil ,2008, Implantation d'une démarche qualité' dans les services médicaux d'un hôpital universitaire : facteurs d'accélération et de frein, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 56S (2008) S189–S195

TARKPESSI Kossi,2007, mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo, à partir de l'expérience française, mémoire de master de l'**université Senghor** Alexandrie- Egypte, 16P

Doumbia Thomas T ,2021, Evaluation de la qualité des soins au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE MEMOIRE DE THESE USTTB de FMPOS 69P

Dembélé Oumar,2021, apport de l'informatisation dans la gouvernance des structures hospitalières: cas de deux établissements hospitaliers au Mali, mémoire de thèse de l'IPU Mali Bamako,144P