

Université de Montréal

Adaptation et validation de contenu de normes et de critères de qualité de l'organisation  
des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso.

par

Joséphine Sawadogo, infirmière

Faculté des sciences infirmières



Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès. sciences (M. Sc.)  
en sciences infirmières  
(Option : administration des services infirmiers)

Mars 2005

Joséphine Sawadogo



WY  
5  
U58  
2005  
V.010

Direction des bibliothèques

## AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**Adaptation et validation de contenu de normes et de critères de qualité de l'organisation  
des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso.**

Présenté par :

Joséphine Sawadogo, infirmière

est évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Carl-Ardy Dubois, Ph. D., président du jury

Geneviève Ménard, M. Sc. inf., M. Sc. Adm. santé, membre du jury

Marie Alderson, Ph. D., directrice de recherche

Raymond Grenier, Ph. D., co-directeur de recherche

## *Sommaire\**

Offrir des soins et des services de qualité constitue le défi permanent des établissements hospitaliers. L'organisation des services occupe une place déterminante dans cette quête quotidienne de qualité. Bien que des efforts aient été consentis au cours des dernières années pour améliorer la qualité de l'organisation des services infirmiers dans les hôpitaux du Burkina Faso (pays de l'Afrique de l'Ouest), il demeure pour ainsi dire, quasi impossible de mesurer et d'évaluer cette qualité, étant donné l'inexistence d'outils valides, adaptés au contexte du pays. La présente étude de nature méthodologique vise à amorcer une réflexion portant sur cette situation problématique en se donnant pour but d'adapter, d'élaborer et de valider des normes et des critères de qualité existants visant l'organisation des services infirmiers hospitaliers. Pour ce faire, le cadre de référence de Hubinon (1998), portant sur le management des unités de soins, a été retenu par la présente étude, laquelle a comporté deux phases. La première phase a permis, à partir d'une part, des normes et des critères élaborés par Hubinon et d'autre part, d'écrits pertinents, d'identifier 34 normes et 183 critères de qualité de l'organisation des services infirmiers, potentiellement applicables au contexte des hôpitaux du Burkina Faso. La deuxième phase a consisté à valider ces normes et critères, auprès de deux groupes d'informateurs-clés : un premier groupe composé d'infirmiers-chef et de directeurs de soins infirmiers, au nombre de 15, ainsi qu'un deuxième groupe constitué de cadres infirmiers et de cadres sages-femmes

---

\* Dans le présent mémoire, la forme masculine (infirmier, surveillant, directeur) est employé en vue d'alléger le texte. Elle ne porte à notre avis aucun préjudice.

gestionnaires et enseignants, au nombre de 11 œuvrant dans les directions centrales du Ministère de la santé et dans les instituts de formation. La technique DELPHI modifiée a été retenue afin d'amener les informateurs-clés à se prononcer, à deux reprises (deux temps différents), par courrier, sur la clarté, la pertinence et l'importance de chaque critère proposé, avec la possibilité d'ajouter, au besoin, d'autres critères jugés pertinents. Au terme de ces deux phases de validation, 33 normes et 189 critères ont été retenus. Ceux-ci constituent dorénavant un référentiel susceptible de guider les équipes soignantes, les gestionnaires et les enseignants dans le domaine de l'organisation des services infirmiers. Ce référentiel pourra également agir à titre de support didactique pour la formation du personnel soignant et ouvre la voie à la construction d'un instrument de mesure de la qualité de l'organisation des services infirmiers hospitaliers. Ce dernier permettra aux gestionnaires des soins infirmiers de réaliser, sur une base systématique, la mesure et l'évaluation de la qualité de l'organisation des services infirmiers dans les hôpitaux du Burkina Faso en vue de son amélioration continue.

Mots clés : organisation, services infirmiers, évaluation de la qualité, Burkina Faso.

### *Summary*

To offer quality nursing services constitute a permanent challenge for hospitals. The organization of services occupies a decisive place in this daily quest for quality. In spite of the many efforts to improve the quality of the organization of nursing services over the last years in Burkina Faso hospitals (West Africa country), it remains quasi impossible to measure and evaluate that quality, due to inexistence of valid tools adapted to the country. The present methodological study, aims at provoking a reflection on this problematic situation by having as a goal, to adapt, elaborate and validate quality norms and criterions concerning nursing services in hospitals. To achieve this result, the point of reference of Hubinon (1998) on the management of nursing services has been retained by the present study which has two phases. Considering the norms and criterions elaborated by Hubinon and by pertinent writings, the first phase allowed us to identify 34 norms and 183 quality criterions of the organization of nursing services, potentially applicable to the context of Burkina Faso hospitals. The second phase consisted of validating these norms and criterions in the presence of two groups of key informators: the first group composed of head nurses, of directors of nursing cares, numbering 15 people; the second group composed of 11 people: managing nurses and midwives working from the Central Ministry of Health and Institute of Formation. The modified "Delphy" technique has been retained to help key informators present their ideas in two different occasions, by mail, on the clarity,

pertinence and importance of each criterion proposed, with the possibility of adding, if necessary, other pertinent criterions. At the close of these 2 phases of validation, 33 norms, 189 criterions were retained. These, constitute, for the future, guiding references for the nursing team, the administrating team, teaching team in the field of organization of nursing services. These references will also act as didactic support for the teaching personnel; they open the way to the construction of quality measuring instrument of the organization of nursing services in hospitals. These references will allow managers of nursing cares to realise, on a systematic basis, the measure and the evaluation of quality organization of nursing services in the hospitals of Burkina Faso, with the assurance of continued improvement.

Key words: organization, nursing services, quality evaluation, Burkina faso.

## Table des matières

Liste des tableaux.....	x
Liste des abréviations.....	xiii
Dédicace.....	xiv
Remerciements.....	xv
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : LE PROBLÈME.....	4
1.1 Problème.....	5
1.2 But de l'étude.....	12
1.3 Question de recherche .....	12
CHAPITRE 2 : LA RECENSION DES ÉCRITS .....	13
2.1 Aperçu du Burkina Faso .....	14
2.1.1 Contexte général.....	14
2.1.2 Situation sanitaire.....	15
2.1.3 L'organisation du système sanitaire .....	16
2.2 Principaux concepts de l'étude.....	17
2.2.1 Concept « qualité » .....	17
2.2.2 Concepts « mesure et évaluation de la qualité » .....	19
2.2.3 Concept « organisation » .....	21
2.3 Cadre de référence: Management des unités de soins (Hubinon, 1998)...	23
2.3.1 Prise en charge du patient .....	24
2.3.2 Gestion de l'unité de soins .....	25
2.3.3 Communication-information.....	27
2.3.4 Collaboration interprofessionnelle .....	32
2.3.5 Formation .....	36
2.3.6 Gestion du matériel biomédical et de l'équipement .....	38
2.3.7 Gestion des activités hôtelières.....	39
2.3.8 Gestion de l'imprévu .....	40
2.3.9 Culture de l'unité de soins.....	41

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODE.....	46
3.1 Définitions opérationnelles des termes.....	47
3.1.1 Services infirmiers.....	47
3.1.2 Unité de soins.....	47
3.1.3 Surveillant d'unité de soins.....	47
3.1.4 Personnel soignant.....	48
3.1.5 Référentiel.....	48
3.1.6 Norme et critère de qualité.....	48
3.1.7 Informateur clé.....	49
3.2 Déroulement de l'étude.....	49
3.2.1 Phase d'adaptation et de dérivation des normes et des critères.....	50
3.2.2 Phase de validation de contenu des normes et des critères.....	53
3.2.2.1 Choix d'une méthode de consensus.....	56
3.2.2.2 Choix des informateurs-clés.....	59
3.2.2.3 Validation des normes et des critères par l'entremise de la technique Delphi modifiée.....	62
3.3 Limites méthodologiques.....	66
3.4 Considérations éthiques.....	67
 CHAPITRE IV : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	 69
4.1 Résultats de la première phase de validation.....	70
4.1.1 Dimension 1 – Prise en charge du patient .....	71
4.1.2 Dimension 2 – Gestion de l'unité de soins.....	82
4.1.3 Dimension 3 – Communication-information.....	90
4.1.4 Dimension 4 – Collaboration interprofessionnelle.....	97
4.1.5 Dimension 5 – Formation.....	103
4.1.6 Dimension 6 – Gestion du matériel biomédical et de l'équipement.....	110
4.1.7 Dimension 7 – Gestion des activités hôtelières.....	114
4.1.8 Dimension 8 – Gestion de l'imprévu.....	119
4.2 Résultats de la deuxième phase de validation.....	121
4.2.1 Dimension 1 - Prise en charge du patient .....	122
4.2.2 Dimension 2 – Gestion de l'unité de soins.....	126
4.2.3 Dimension 3 – Communication-information.....	129
4.2.4 Dimension 4 – Collaboration interprofessionnelle.....	132
4.2.5 Dimension 5 – Formation.....	135

4.2.6 Dimension 6 – Gestion du matériel biomédical et de l'équipement.....	137
4.2.7 Dimension 7 – Gestion des activités hôtelières.....	138
4.2.8 Dimension 8 – Gestion de l'imprévu.....	140
4.3 Synthèse des résultats des deux phases de validation.....	141
<b>CHAPITRE V : LA DISCUSSION.....</b>	<b>143</b>
5.1 Discussion des résultats par dimension.....	144
5.2 Discussion de la méthode.....	155
5.3 Implication pour les sciences infirmières et recommandations.....	159
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>161</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>163</b>
<b>APPENDICES</b>	
APPENDICE A : Liste initiale des normes et critères de qualité d'organisation de l'unité de soins (Hubinon, 1998).....	173
APPENDICE B : Modifications apportées à la liste initiale des normes et critères d'organisation de l'unité de soins (Hubinon, 1998).....	184
APPENDICE C : Liste des normes et critères de qualité adaptés a partir de Hubinon 1998 et soumis a validation aux informateurs-clés.....	188
APPENDICE D : Consignes à l'intention des informateurs-clés. Premier questionnaire.....	199
APPENDICE E : Consignes à l'intention des informateurs-clés. Deuxième questionnaire.....	208
APPENDICE F : Certificat du comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal.....	211
APPENDICE G : Liste des normes et des critères validés suite au processus de validation.....	213

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Déroulement de l'étude.....	50
2	Nombre de dimensions, de normes et de critères de qualité d'organisation de l'unité de soins de Hubinon (1998).....	51
3	Nombre de dimensions, de normes et de critères de qualité d'organisation de l'unité de soins adaptés à partir de Hubinon (1998).....	53
4	Répartition des informateurs-clés en fonction de leur statut et de leur lieu de travail.....	61
5	Présentation des parties du premier questionnaire (à titre d'exemple).....	63
6	Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés. DIMENSION 1 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT .....	74
7	Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés. DIMENSION 2 : GESTION DE L'UNITÉ DE SOINS.....	84
8	Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés. DIMENSION 3 : COMMUNICATION-INFORMATION.....	92
9	Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés. DIMENSION 4 : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	98
10	Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés. DIMENSION 5 : FORMATION.....	104

- 11 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 6 : GESTION DU MATÉRIEL BIOMÉDICAL ET DE L'ÉQUIPEMENT.....112
- 12 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 7 : GESTION DES ACTIVITÉS HÔTELIÈRES.....116
- 13 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 8 : GESTION DE L'IMPRÉVU.....120
- 14 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 1 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT.....123
- 15 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 2 : GESTION DE L'UNITÉ DE SOINS.....127
- 16 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 3 : COMMUNICATION-INFORMATION.....130
- 17 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....133
- 18 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION : FORMATION.....136

- 19 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 6 : LA GESTION DU MATÉRIEL BIOMÉDICAL ET DE L'ÉQUIPEMENT.....138
- 20 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 7 : GESTION DES ACTIVITÉS HÔTELIÈRES.....139
- 21 Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 8 : GESTION DE L'IMPRÉVU.....140

*Liste des abréviations*

BF	Burkina Faso
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHUP-CDG	Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle
CHU-SS	Centre hospitalier universitaire Sanon Sourou
CHU-YO	Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
DC	Direction centrale
DEP	Direction des études et de la planification
DGTHP	Direction générale de la tutelle des hôpitaux et du secteur privé
DSIO	Direction des soins infirmiers et obstétricaux
ENSP	École nationale de santé publique
Inf.	Infirmier
ME	Maïeuticien d'État (homme, exerçant la profession de sage-femme)
SERSIO	Service d'évaluation et de la recherche en soins infirmiers et obstétricaux
SF	Sage-femme
SIO	Soins infirmiers et obstétricaux
SSIO	Service de soins infirmiers et obstétricaux
SUS	Surveillant d'unité de soins

## *Dédicace*

Je dédie ce mémoire à:

Mon époux, Privat Roch, qui, par son amour indéfectible, sa compréhension, sa constante disponibilité, son soutien inestimable, m'a appris la persévérance.

Mes enfants, Elsa Eléonore, Alban Rodrigue et Yves Marie qui ont fait naître en moi le courage. Que ma détermination et ma persévérance soient sources d'inspiration pour eux.

Mes parents, beaux parents et amis qui, d'une façon ou d'une autre m'ont discrètement soutenu.

### *Remerciements*

Ce mémoire a vu le jour grâce au concours de nombreuses personnes. Aussi, je voudrais en quelques lignes les remercier. Je tiens à remercier le Gouvernement du Burkina Faso pour m'avoir permis d'approfondir mes connaissances professionnelles.

Qu'il me soit permis de dire un grand merci et ma profonde gratitude à madame Marie Alderson, directrice de mémoire et monsieur Raymond Grenier, co-directeur, pour leur encadrement exemplaire et rigoureux, leur constante disponibilité, leurs efforts déployés et leurs soucis du travail bien fait. Sans vos conseils judicieux, vos encouragements dans les moments difficiles, je crois que ce projet n'aurait jamais abouti.

J'exprime ma profonde reconnaissance :

- À Madame Pierrette Boucher, pour son soutien constant et ses encouragements. Je tiens à lui témoigner ici toute ma sympathie.
- À tous les informateurs-clés qui ont pris part avec enthousiasme à la validation des normes et des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier dans le contexte du Burkina Faso. Cette recherche n'aurait jamais été possible sans votre précieuse collaboration, je vous en suis gré de votre apport.
- À tous mes amis de Montréal, Trois-Rivières et à toutes les bonnes volontés qui, d'une façon ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

*Introduction*

À l'instar de la plupart des pays en développement, le management des unités de soins est placé, au Burkina Faso, sous la responsabilité des médecins-chefs. Cependant, l'organisation des activités de soins directs et indirects repose sur les épaules du surveillant d'unité de soins (infirmier-chef). Des considérations d'ordre professionnel, éthique, juridique et social conduisent ainsi les gestionnaires des soins et services infirmiers à se préoccuper de plus en plus de la qualité de l'organisation des unités de soins dans les établissements hospitaliers. Dans cette perspective, la mesure et l'évaluation de la qualité de cette organisation s'avèrent être des processus indispensables pour améliorer de manière continue la qualité des services dispensés.

Cependant, l'absence d'instruments adaptés au contexte des hôpitaux du Burkina Faso et validés par des experts du domaine, rend difficile la mesure et l'évaluation de la qualité de l'organisation des services infirmiers dans le milieu hospitalier. Ainsi, l'absence de normes et de critères de qualité fait en sorte qu'il est impossible de mesurer de façon systématique la qualité afin d'évaluer ou de porter un jugement sur les résultats. L'existence de tels normes et critères permettrait de mettre en lumière les points forts et les points faibles inhérents à l'organisation des services infirmiers hospitaliers et de prendre des décisions visant au renforcement ou à l'amélioration de la situation.

En vue de remédier à cette problématique, l'investigatrice a réalisé d'une part, une adaptation au contexte du Burkina Faso et d'autre part, une validation de contenu par des experts du domaine, des normes et des critères de qualité de l'organisation de l'unité de

soins élaborés par Hubinon (1998). Ces normes et critères adaptés et validés pourront ultérieurement servir à la création d'un instrument de mesure de la qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier.

Ce mémoire comprend cinq chapitres. Le premier décrit le problème de recherche. Le second fait état de la revue des écrits portant sur les concepts relatifs à la qualité, à la mesure et l'évaluation de la qualité, à l'organisation et présente le cadre de référence de l'étude. Le troisième chapitre présente la méthode de recherche utilisée pour l'adaptation et la validation de contenu des normes et des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers ainsi que les limites méthodologiques et les considérations éthiques de l'étude. L'analyse des résultats est présentée dans le quatrième chapitre alors que la discussion de ces résultats et de la méthode fait l'objet du chapitre cinq.

*Chapitre 1 – Le problème*

## 1.1 Problème

Offrir des services de qualité est devenu une nécessité dans toutes les institutions. Depuis quelques décennies, la notion de qualité est évoquée dans divers domaines tels que l'économie, l'industrie, la santé, etc. Au niveau des soins infirmiers, cette notion remonte aux années 1860 avec la pionnière Florence Nightingale. À partir de la compilation de données mettant en relation l'amélioration de l'environnement sanitaire et le taux de mortalité, cette dernière réussit, avec ses collègues, à réduire de 43 à 2 % le taux de mortalité des soldats hospitalisés lors de la guerre de Crimée (Kérouac, Pepin, Ducharme et Major, 2003). Selon Haddad, Roberge et Pineault (1997), la qualité est un concept multiforme, multidimensionnel, indissociable des intentions et des rôles des différents acteurs du système de santé. Il s'agit d'une notion dynamique qui accompagne les changements liés au développement de la technologie et des connaissances scientifiques ainsi qu'à l'évolution de l'environnement politique, social, économique et organisationnel. Poirier (1987) affirme que la qualité est une démarche qui permet de rompre avec la conception taylorienne de l'organisation du travail. Elle implique la participation de tous les acteurs, nécessite le travail d'équipe et permet aux employés, quel que soit leur niveau hiérarchique, de concourir à la conception et à l'amélioration de leurs tâches. Loubat (2002) soutient que la qualité qualifie un produit ou un service qui répond à des critères définis, ce qui renvoie à une méthodologie de mesure et d'appréciation. Aussi, importe-t-il de disposer d'un référentiel valide ouvrant la voie à la construction d'un outil de mesure de la qualité.

L'amélioration de la qualité des soins et services constitue une préoccupation majeure pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, lors de sa trentième assemblée en 1988, elle a fait la recommandation aux États membres d'instaurer des mécanismes efficaces pour assurer la qualité des soins aux patients dans le cadre de leur système de santé. Dans sa résolution FR/RC45/R3, l'OMS (1994) invite chaque État membre à élaborer et à mettre en œuvre un programme national d'assurance qualité des services de santé. De plus, elle mentionne la nécessité d'élaborer un outil analytique normalisé permettant d'évaluer, entre autres, l'organisation des services infirmiers et obstétricaux (OMS, 2003).

Fort de ces recommandations, le Ministère de la santé du Burkina Faso s'est engagé dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts aux usagers. Pour ce faire, plusieurs actions ont été entreprises afin d'assurer la qualité des soins et services. C'est ainsi que des réformes du secteur sanitaire amorcées dans les années 1990 ont favorisé la décentralisation des services de santé par la création des districts sanitaires et la réorganisation des hôpitaux publics. La réforme du secteur hospitalier a conduit à l'adoption de la loi hospitalière (1998) dont les textes réglementaires confirment la place du directeur des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO) au sein de l'équipe de direction de l'hôpital en lui attribuant, entre autres, la mission de l'organisation, du contrôle, de la promotion et de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers et obstétricaux. Ces textes précisent également le rôle de gestionnaire du surveillant d'unité de soins (infirmier-chef).

En dépit de tous les efforts consentis pour améliorer la qualité des soins et services, le document de la politique sanitaire nationale du Ministère de la santé du Burkina Faso (2000) note que celle-ci demeure encore faible. Celui-ci soutient que la qualité des soins offerts aux usagers est insuffisante; les soins ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction de la population. Ce document ministériel ajoute que « les services de santé sont caractérisés par un mauvais accueil, une mauvaise perception des populations vis-à-vis de ces services, une mauvaise organisation des soins entraînant, entre autres, des temps d'attente prolongés » (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2000, p.18). En outre, le rapport d'évaluation de la performance hospitalière note une déficience importante dans l'organisation des soins et services au sein des hôpitaux publics (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2004). Malgré le constat d'insuffisances au niveau de l'organisation des soins au sein des hôpitaux, lesquelles seraient responsables de la mauvaise qualité des soins et services, il n'existe pas de référentiel (normes et critères de qualité, valides) susceptible d'orienter les surveillants d'unités de soins (infirmiers-chef) dans leurs tâches de gestion des soins infirmiers. Un tel référentiel les guiderait vers une meilleure organisation des soins et services dans le but de répondre plus adéquatement aux besoins de la clientèle. Il leur permettrait aussi de construire un instrument de mesure en vue d'assurer une évaluation systématique de la qualité de l'organisation des soins et services offerts aux usagers.

Bien qu'au Burkina Faso, les unités de soins soient placées sous la responsabilité des médecins, l'organisation du travail des infirmiers ou des sages-femmes relève du rôle du surveillant d'unité de soins (SUS). En effet, l'arrêté du Ministère de la santé du Burkina Faso (2000), portant sur l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers public, décrit clairement la fonction de gestionnaire du surveillant d'unité de soins. Il stipule que celui-ci représente l'autorité hiérarchique auprès des membres de l'équipe soignante et assiste le chef de service ou de département dans l'organisation et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences. Il est chargé de la qualité des prestations offertes aux malades, de la bonne tenue du service, de l'encadrement, du perfectionnement des étudiants infirmiers, des relations avec les autres services administratifs et de l'information aux familles. De ce fait, le SUS a un grand défi à relever.

Dans le même ordre d'idées, Hubinon (1998) mentionne que « la qualité des soins et services offerts aux bénéficiaires constitue une responsabilité éthique qui doit être assumée par les cadres et praticiens infirmiers dans chacune des dimensions de leur pratique et de l'organisation de celle-ci. Dès lors, le contrôle et l'amélioration de l'organisation infirmière en vue de garantir la qualité du service offert représentent un devoir dans l'exercice de la profession » (p. 22-23). Kérouac et al. (2003) considèrent quant à elles que la responsabilité de l'infirmier s'inscrit dans la ligne de pensée du paradigme de la transformation. Selon ces auteurs, cela implique que l'infirmier-chef conçoive et remplisse sa fonction de gestionnaire des soins infirmiers comme « un

processus heuristique (processus qui fait appel à la créativité, à la découverte et à la transformation) visant à mobiliser les ressources humaines et celles 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 » (p.137). Dans cette optique, le surveillant d'unité a la responsabilité non seulement de créer un environnement qui favorise l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'efficience des soins mais aussi d'assurer le soutien du personnel soignant chargé de dispenser des soins de qualité aux usagers.

Outre l'actualisation continuelle des connaissances sur la personne, le soin, la santé et l'environnement, le gestionnaire des soins infirmiers en occurrence, au Burkina Faso, le surveillant d'unité de soins devrait disposer d'un référentiel valide et actualisé de l'organisation des services, lui permettant de mettre en place des actions adéquates, de les coordonner, ensuite d'en évaluer l'efficacité et, au besoin, d'en planifier la réactualisation. Cela dit, malgré la reconnaissance juridique de l'importance de l'unité de soins et la reconnaissance de l'importance de la responsabilité « managériale » du surveillant dans l'amélioration de la qualité des soins, très peu de travaux scientifiques se sont penchés sur une véritable organisation de l'unité de soins et encore moins sur la qualité de cette organisation. Au niveau national, les auteurs qui ont considéré la qualité des soins et services de santé se sont intéressés aux normes et critères de soins infirmiers en général; à la perception de la qualité par les différents acteurs, aux lacunes et aux insuffisances de qualité; aux indicateurs de performance des établissements hospitaliers;

aux normes et indicateurs de la prestation infirmière en milieu hospitalier (Ministère de la santé du Burkina Faso, 1992, 2000, 2001, 2004); à la perception de la qualité par les bénéficiaires (Nikiéma, Heinmuller et Borchert, 1998) et enfin aux soins infirmiers dispensés spécifiquement en pédiatrie (Ouédraogo, 1994). À ces écrits, s'ajoute le programme national d'assurance qualité dont le Ministère de la santé (2003) s'est doté. Il s'agit d'une approche qui vise une utilisation plus efficiente des ressources dans le but d'offrir des soins et services de meilleure qualité. Elle se fonde sur la définition et l'utilisation de normes et procédures ainsi que l'usage d'un processus continu de résolution des problèmes et d'amélioration des performances. Comme énoncé, aucune démarche n'a considéré spécifiquement l'organisation des services infirmiers. Or, il est primordial de disposer de normes et critères de qualité en matière d'organisation des soins et services infirmiers, lesquels sont valides et adaptés au contexte du Burkina Faso.

La plupart des auteurs qui se sont penchés sur l'évaluation de la qualité des soins et services, en occurrence Donabedian (1986), recommandent l'approche tripartite « structure-processus-résultats ». Étant donné qu'au Burkina Faso, il existe déjà quelques études portant sur l'évaluation de la qualité des soins qui mettent l'accent sur l'approche « processus » (Ministère de la santé du Burkina Faso, 1992, 2004; Ouédraogo, 1994) et « l'approche résultats » (Nikiéma et al., 1998), nous privilégions dans le cadre de la présente étude, l'approche « structure ». Notre choix se porte sur cette approche étant donné qu'elle considère spécifiquement l'objet qui nous intéresse c'est-à-dire, l'organisation des services.

L'approche « structure » permet d'examiner, entre autres, les caractéristiques propres à l'établissement dont l'environnement, les méthodes et les instruments utilisés, la main-d'œuvre, le financement et les conditions dans lesquelles se déroule la relation client-intervenant (Donabedian, 1980, 1982, 1988). Elle est, en outre, centrée sur les aspects organisationnels idéaux que le professionnel infirmier, gestionnaire des soins, devrait privilégier pour permettre la réalisation de soins infirmiers de qualité répondant aux besoins de la clientèle.

En outre, considérant le peu d'études réalisées dans le domaine de l'organisation des services infirmiers hospitaliers, nous avons opté pour le cadre de référence de Hubinon (1998) portant sur le management des unités de soins qui répond bien à notre préoccupation. En s'appuyant, entre autres, sur l'approche « structure » de Donabedian (1980), une infirmière belge, Myriam Hubinon (1998) a réalisé une recherche approfondie sur le management des unités de soins en milieu hospitalier. Elle a proposé un cadre de référence composé de neuf dimensions à partir desquelles, elle a élaboré des normes et des critères de qualité d'organisation de l'unité de soins (Appendice A). Ces neuf dimensions sont : la prise en charge du patient; la gestion de l'unité de soins; la communication-information; le maillage interdisciplinaire; la formation; la gestion du matériel biomédical; la gestion des activités hôtelières; la prévision de l'imprévu et la culture de l'unité de soins. Étant donné que l'outil de Hubinon (1998) a été développé pour un milieu présentant des caractéristiques différentes du nôtre (centres hospitaliers belges), il nous a été nécessaire d'une part, de l'adapter à la réalité des services

infirmiers hospitaliers du Burkina Faso et d'autre part, de procéder à la validation des critères sur le plan du contenu. Cette dernière consiste à vérifier dans quelle mesure les énoncés proposés sont pertinents et constituent un échantillon représentatif de l'ensemble des items possibles pouvant décrire le phénomène mesuré (Fermanian, 1996), c'est-à-dire, dans le cas présent, l'organisation des services infirmiers hospitaliers dans le contexte du Burkina Faso.

## **1.2 But de l'étude**

Cette étude méthodologique vise à valider, sur le plan du contenu un référentiel comprenant une liste de normes et de critères de qualité se rapportant à la structure, construit et adapté au contexte du Burkina Faso à partir du cadre de référence d'Hubinon (1998) portant sur l'organisation de l'unité de soins en milieu hospitalier.

## **1.3 Question de recherche**

Parmi un ensemble de normes et de critères de structure adaptés à partir de Hubinon (1998) et dérivés d'autres écrits pertinents, quels sont ceux qui présentent, pour les informateurs-clés participant à l'étude, une validité consensuelle au regard de la qualité de l'organisation des services infirmiers dans les hôpitaux publics du Burkina Faso.

*Chapitre 2 – La recension des écrits*

Ce chapitre présente une synthèse des écrits pertinents portant sur les thèmes centraux de l'étude. La première partie donne un aperçu du Burkina Faso en faisant ressortir le contexte général, la situation sanitaire et l'organisation du secteur hospitalier. Elle permettra au lecteur de se représenter le milieu de l'étude. La deuxième partie décrit successivement les concepts « qualité », « mesure et l'évaluation de la qualité » et « organisation ». La dernière partie présente le cadre de référence de l'étude, lequel s'appuie sur les travaux d'Hubinon (1998) enrichis des écrits d'autres auteurs.

## **2.1 Aperçu du Burkina Faso**

### *2.1.1 Contexte général*

Pays sahélien enclavé, le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> et est limité par six pays qui sont : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son climat tropical de type soudanien alterne une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre. Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (INSD, 1996) a dénombré 10 312 609 habitants. La population croît à un rythme de 2,7 % par an. Si cette tendance se maintient, en l'an 2010, le Burkina Faso comptera 14 718 647 habitants. Près de 90 % de cette population vit en milieu rural. La population burkinabé est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques avec une forte prédominance des Mossi (48,5%). Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé; la langue officielle étant le français. Les religions pratiquées sont dominées par l'islam (52 %), le christianisme (24,3 %) et l'animisme (23,3 %). La

population est essentiellement jeunes (48 % ont un âge compris entre 0 et 14 ans) et les femmes représentent 52 % de la population totale. L'état de santé de la population du Burkina Faso est assez préoccupant, comme l'illustre la section ci-après.

### *2.1.2 Situation sanitaire*

L'espérance de vie à la naissance de la population du Burkina Faso est de 53,8 ans et la mortalité générale est estimée à 15,2 pour 1000 personnes. Cette dernière s'explique essentiellement par le taux élevé de mortalité infantile (105,3 pour 1000 en 1998), infanto-juvénile (219,1 pour 1000 en 1998) et maternelle (484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998). Les principaux motifs de consultation dans les services de santé du premier niveau sont le paludisme (la malaria), les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2001). Le taux de séroprévalence du VIH/SIDA est passé de 7 % en 1998 à 2,7 % en 2004 dans la population de 15-49 ans (Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles : SPCNLS-IST, 2004). Cette baisse importante du taux de séroprévalence s'explique par l'engagement du gouvernement burkinabé à faire de la lutte contre le VIH/SIDA, une des priorités majeures des problèmes de santé. Ainsi, des stratégies visant le renforcement des mesures de prévention, de la surveillance épidémiologique, de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été mises en place.

Pour faire face à cette situation sanitaire préoccupante, l'organisation du système de soins de santé au Burkina Faso met l'emphase sur la mise en œuvre d'une politique de soins de santé primaires. La section qui suit décrit l'organisation du système sanitaire.

### *2.1.3 L'organisation du système sanitaire*

Les structures publiques de soins sont organisées sous forme pyramidale, en trois niveaux, qui assurent les soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau est constitué par le district sanitaire qui comprend deux échelons : le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) qui est la structure de base du système de santé ainsi que le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui sert de référence pour le CSPS. On dénombre 765 CSPS et 25 CMA. Les deuxième et troisième niveaux sont représentés respectivement par le centre hospitalier régional (CHR) servant de référence et de recours au CMA et par le centre hospitalier national (CHN), érigé en centre hospitalier universitaire (CHU). Le pays compte neuf CHR et trois CHU. Le CHU est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés, la formation des différentes catégories de personnel de santé ainsi que pour la recherche (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2001). Les établissements publics de santé ont pour mission principale d'assurer la prestation de services de santé conformément à la science médicale et aux exigences du service public. Ils sont dotés d'une personnalité morale et jouissent d'une autonomie administrative et financière (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2004).

Les établissements hospitaliers publics sont placés sous la couverture technique de la Direction générale de la tutelle des hôpitaux publics et du sous secteur sanitaire privé. Cette direction est chargée « d'élaborer et de mettre en œuvre la réglementation hospitalière et les normes de soins, d'appuyer les hôpitaux publics pour l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'établissement, de promouvoir l'assurance qualité des soins, de donner un appui technique sur les délibérations des conseils d'administration, de promouvoir la coopération dans le domaine hospitalier » (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2003, p. 9).

La prochaine section décrit les principaux concepts de l'étude.

## **2.2 Principaux concepts de l'étude**

### *2.2.1 Concept « qualité »*

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de la santé. Elle fait l'objet de plusieurs définitions.

Le concept de qualité s'avère une notion subjective qui évolue dans ses significations et qui varie selon celui qui la regarde (Donabedian, 1980, 1988; Formarier, Coutansais et Goisneau, 1994; Grenier, 2002, 2003; Haddad, Roberge et Pineault, 1997; Hesbeen, 2002; Hubinon, 1998; Lefort et Deletoille, 2000). Donabedian (1988) soutient que la qualité s'enrichit d'éléments nouveaux au fur et à mesure qu'on se déplace du prestataire au patient et à la communauté. Sa définition peut ainsi être étroite si on se

situe à un niveau purement technique du prestataire ou s'élargir si on se déplace au niveau du patient et de la communauté. Claveranne et al. (2003) affirment que la diversité des perceptions de la qualité par les professionnels des établissements sanitaires ne doit pas être perçue comme un obstacle à l'amélioration de la qualité. Elle représente plutôt une source où puiser pour mobiliser le personnel autour d'actions innovantes de la qualité. En conséquence, une prise en compte de ces différentes perceptions s'avère indispensable pour engager des actions concrètes et plus fédératrices autour de l'objectif de la qualité en dépassant les discours redondants et unanimes sur l'existence de la qualité. Utilisée dans une unité de soins comme un outil de management, la qualité sert avant tout à mobiliser les acteurs autour d'un thème fédérateur.

Notant également qu'il est impossible de faire des propositions universelles sur la qualité, compte tenu de la variabilité de définitions, certains auteurs concluent, par conséquence, que sa mesure ne peut donc s'opérer qu'en tenant compte de son caractère contextuel (Grenier, 2002; Haddad, Roberge et Pineault, 1997; Reeves et Bednar 1994).

Pour l'Association des Hôpitaux du Québec (1987, 1991), la qualité est l'ensemble des caractéristiques que l'on attend d'un produit, d'un soin ou d'un service pour satisfaire un besoin défini. Dans cet ordre d'idées, Jacquerye (1983) indique que la qualité fait référence à des normes préétablies en fonction de ce qui est recommandé ou considéré comme une perfection. Formarier, Coutansais et Goisneau (1994) précisent « qu'elle ne peut être définie que par rapport à un référentiel, c'est à dire une base qui

sert au raisonnement, et dans laquelle prennent naissance les normes de jugement et d'évaluation » (p. 8). Ceci nous conduit à l'exploration de « la mesure et de l'évaluation de la qualité ».

### 2.2.2 Concepts « mesure et évaluation de la qualité »

Selon Grenier (2002), mesurer et évaluer sont deux termes souvent utilisés de façon interchangeable, alors qu'ils correspondent à deux processus distincts. En effet, « mesurer est le processus objectif qui consiste à attribuer des valeurs numériques à des caractéristiques précises d'un objet ou d'un événement selon un ensemble déterminé de règles, ou encore à recueillir des informations et à les organiser en vue de leur interprétation. Évaluer est le processus d'appréciation subjective, décrivant un jugement basé sur la mesure et conduisant à la prise de décision » (Legendre, 1973, cité dans Grenier, 2002, p. 33). Il n'y a cependant pas de consensus dans les écrits, quant aux termes à utiliser dans le cadre de la mesure et de l'évaluation de la qualité. Comme l'atteste Grenier (1993), le fait que les mots « critère » et « indicateur » ainsi que « norme » et « standard » ne soient pas toujours employés dans le même sens contribue à une certaine confusion terminologique.

Évaluer une qualité consiste à estimer l'écart existant entre une situation observée et celle considérée comme optimale (Jacquerye, 1983, 1999; Poirier, 1987). Donabedian (1988) précise que les préalables à l'évaluation de la qualité consistent d'abord à définir la qualité en terme maximal (excellence) ou optimal (raisonnable) et ensuite à

déterminer la responsabilité des auditeurs, les activités, les stratégies et les résultats visés. Pour ce faire, l'approche tripartite « structure-processus-résultat » est préconisée en évaluation de la qualité des soins et services (Donabedian, 1980, 1986, 1988). L'approche « structure » fait référence aux éléments logistiques et aux éléments d'organisation estimés nécessaires pour dispenser les soins infirmiers. Les éléments logistiques comprennent, entre autres, le support architectural, la dotation du personnel en quantité et en qualité, la dotation en matériel et en équipement, etc. Les éléments de l'organisation comportent l'organisation administrative et technique de l'institution, l'organisation des unités de soins, les règlements intérieurs, la supervision et les compétences du personnel ainsi que l'existence d'un service de formation continue du personnel. L'approche « processus » met l'accent sur le déroulement des activités de soins et services, c'est-à-dire la manière dont les intervenants accomplissent les activités cliniques et non cliniques reliées aux soins et services. Enfin, l'approche « résultats » permet d'examiner les effets des soins sur la santé et le bien être des individus. Elle réfère à des changements mesurables ou observables dans le comportement ou la situation de santé des personnes qui bénéficient des soins. Plus précisément, il peut s'agir de l'amélioration des connaissances de l'usager, de son bien être ou de sa satisfaction.

La présente étude centre son attention sur les aspects organisationnels de l'approche « structure », ce qui nous amène à explorer le concept « organisation ».

### 2.2.3 Concept « organisation »

Pour le dictionnaire de la langue française (Le Robert, 1998), l'organisation est l'action d'organiser qui correspond à l'agencement, à l'arrangement et à la façon dont un ensemble est constitué en vue de son fonctionnement (ordre, structure).

Montésinos (1991) affirme que l'organisation peut avoir un sens restreint, celui de mettre en ordre, d'apporter un mode de fonctionnement ou encore un sens plus large, recouvrant les aspects les plus positifs des verbes comme : administrer, gérer, diriger, manager. C'est cette signification large de l'organisation qui est retenue dans le cadre de la présente étude. Selon cet auteur, l'action d'organiser inclut la prise de décisions auxquelles l'ensemble des moyens viendra s'associer afin de réaliser un projet mobilisateur.

Douglass (1980, 1996) quant à lui, fait une distinction entre une organisation qui correspond à une institution ou à un groupe fonctionnel, comme une agence ou un hôpital, et l'organisation qui réfère au processus d'organiser ou aux modalités par lesquelles le travail est agencé et réparti entre les membres d'une équipe pour accomplir efficacement les buts de l'institution. C'est ce dernier volet de l'organisation qui est considéré dans cette étude.

Michel, Salmi, Sibé et Salmi (2000) perçoivent l'organisation comme un processus dont l'ensemble des activités et des moyens sont organisés de façon explicite ou

implicite par les professionnels de la santé en vue de définir le travail, les responsabilités et leur coordination. Elle implique la description claire de la forme structurelle au niveau hiérarchique et fonctionnel; la formalisation et la définition des modalités de prise de décisions; la définition des tâches, des responsabilités et des modes de communication. L'organisation consiste à agencer les différentes composantes du travail de manière à en optimiser l'usage dans le but d'une efficacité maximale pour les malades et d'une satisfaction optimale du personnel (Tonneau, 1995). Pour ce faire, elle devrait reposer sur trois piliers dont ceux de la délégation des tâches, de l'évaluation et de la coordination (Swansburg et Swansburg, 2002; Tonneau, 1995). Dans le même ordre d'idées, Hesbeen (2002) note que l'organisation peut être perçue comme étant la manière de penser et de mettre en œuvre des mécanismes propices à la vie d'une équipe, d'un service en vue du bon déroulement des activités. Cette organisation apportera de la sécurité à l'équipe en lui donnant des points de repères, car elle détermine un cadre qui permet à chacun d'assumer ses responsabilités et de prendre des décisions.

Pour Hubinon (1998), « le concept de l'organisation reflète en principe une gestion adéquate des ressources et des soins indirects nécessaires à la réalisation de qualité des activités au chevet du patient, à la satisfaction et la motivation du personnel » (p. 44).

D'après Minvielle (1999), l'organisation du travail est un cadre d'analyse à construire dans lequel doivent s'inscrire toutes les améliorations et les considérations générales mettant l'emphase sur le patient et sa prise en charge, sur l'articulation entre la

recherche de qualité et d'autres objectifs de rationalisation tels que les coûts, les délais d'attente etc.

On pourrait retenir des écrits relatés, l'importance de considérer l'organisation des services au sens large du terme, laquelle implique entre autres, la mise en place d'une structure formelle et opérationnelle qui définit les responsabilités de chacun dans l'accomplissement des tâches ainsi que les mécanismes de coordination, de délégation et de communication. L'organisation des services infirmiers doit être centrée sur le patient et la quête quotidienne de la qualité des soins et services. En un mot, elle doit permettre d'offrir des soins et services de qualité au patient.

L'examen ci-avant des concepts centraux de l'étude (qualité, mesure et évaluation de la qualité, organisation) a permis de mieux cerner les caractéristiques de l'approche « structure », laquelle constitue l'angle privilégié de cette étude. Peu de travaux visant l'organisation des services infirmiers, ont été réalisés sous cet angle.

La section suivante décrit le cadre de référence.

### **2.3 Cadre de référence**

Le cadre de référence de Hubinon (1998) s'appuie d'une part, sur l'approche « structure » de Donabedian (1980) et d'autre part, sur le modèle d'analyse de l'organisation de l'unité de soins de Haussmann, Hegyvary et Jelinek (1974). En ce qui

concerne ce modèle, l'auteur a porté essentiellement son intérêt sur le volet relatif aux soins indirects qui sont les éléments propres à l'unité de soins, nécessaires pour la réalisation des soins directs. Rappelons que ce cadre de référence comprend neuf dimensions, à savoir : la prise en charge du patient; la gestion de l'unité de soins; la communication-information; le maillage interdisciplinaire; la formation; la gestion du matériel biomédical et de l'équipement; la gestion des activités hôtelières; la prévision de l'imprévu et la culture de l'unité de soins (Appendice A). Ce cadre offre l'avantage d'approcher l'organisation dans sa globalité et ce dans divers secteurs des services infirmiers hospitaliers (unité de soins de médecine, chirurgie, pédiatrie, maternité etc.).

Ce cadre a été adapté au contexte et au milieu de la présente étude, c'est-à-dire : les hôpitaux du Burkina Faso. Il nous a cependant paru opportun de l'enrichir d'écrits additionnels, récents, portant spécifiquement sur les dimensions considérées par ledit cadre. Il est à noter que les dimensions du cadre ne sont pas mutuellement exclusives. Les paragraphes qui suivent présentent les neuf dimensions du cadre de référence.

### *2.3.1 Prise en charge du patient*

La prise en charge du patient réfère à la coordination de l'ensemble des activités de soins permettant de répondre aux divers besoins de la personne soignée. Ces activités comprennent d'une part les soins infirmiers proprement dits relevant du rôle propre de l'infirmière et d'autre part, les activités déléguées par le personnel médical et autres

catégories professionnelles (Montésinos, 1991). La prise en charge du patient est réalisée en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire de l'unité de soins.

Le surveillant d'unité de soins a un rôle primordial à jouer dans cette prise en charge. En effet, il a la responsabilité de créer un environnement favorable à l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et l'efficience des soins et d'assurer le soutien des membres de l'équipe soignante qui désirent fournir des soins de qualité (Kérouac et al., 2003).

Qu'importe l'état du patient, l'accueil, l'administration, l'information, la présence d'un personnel compétent, la continuité des soins, la tenue d'un dossier infirmier ainsi que l'accompagnement du patient et de sa famille sont essentiels pour la qualité du service offert (Hubinon, 1998). Pour ce faire, des ressources humaines et matérielles doivent être disponibles et prévues en fonction du type de patient, de la gravité de leur état de santé, de la qualification du personnel soignant, des protocoles et des démarches de soins utilisés, des méthodes de travail des médecins ainsi que de l'intégration des stagiaires médecins et paramédicaux. La prise en charge des patients doit être conçue dans une vision holistique de la personne soignée.

### *2.3.2 Gestion de l'unité de soins*

En sa qualité d'infirmier-chef ou de surveillant d'unité de soins et de leader de l'équipe soignante, la gestion de l'unité lui incombe à part entière. Il exerce cette responsabilité en s'appuyant sur les rôles assignés aux gestionnaires. Ceux-ci consistent

à planifier, organiser, diriger, soutenir, superviser et déléguer une partie des responsabilités, coordonner, récompenser ainsi que contrôler les ressources humaines et matérielles (Côté, Belanger, et Jacques, 1994; Hubinon, 1998; Koontz et O'Donnell, 1972) en vue d'atteindre les objectifs avec une efficacité optimale. Cependant, le rôle de l'infirmier-chef ne se limite pas à contrôler, organiser, planifier et évaluer mais inclut le fait aussi de motiver, entraîner et assurer le développement des infirmiers de l'unité de soins (Stordeur, 2003). L'infirmier-chef est là pour fédérer, rappeler les objectifs et créer les conditions favorables à la dispensation des soins de qualité. Il n'est pas celui qui donne des ordres, qui impose, mais celui qui libère les initiatives, qui permet aux personnes de développer leur potentiel de compétence (Formarier, Coutansais et Goisneau, 1994). Dans cette optique, il doit détenir des compétences en sciences infirmières, en organisation du travail et en gestion des ressources humaines.

La relation infirmier-chef/personnel doit être comprise comme un partage et un échange favorisant la coresponsabilité dans la dispensation des soins infirmiers. Les prises de décisions sont décentralisées et une part d'autorité est déléguée aux membres de l'équipe pour leur permettre d'assumer pleinement leurs tâches (Hubinon, 1998). L'autorité prend pour appui, la gestion participative afin de favoriser l'implication de tout le personnel. À cet effet, Stordeur (2003) fait remarquer que les infirmiers qui se sentent impliqués dans l'institution hospitalière éprouvent plus de satisfaction et s'investissent davantage dans le travail : « L'implication effective des infirmières prédit

la perception de l'efficacité de l'unité puisque les infirmières émotionnellement attachées à l'institution dirigent leur attention sur les aspects de la performance qui sont valorisées par l'organisation » (p. 6). En outre, l'infirmier-chef doit créer un climat constructif et productif. La concertation de l'équipe au regard des prises de décisions, l'écoute active, la reconnaissance du travail bien fait, la définition claire des tâches de chaque membre, la promotion de l'esprit d'équipe, l'ouverture d'esprit et la loyauté sont autant d'éléments indispensables à la dynamique de gestion de la qualité de l'équipe de soins (Hubinon, 1998). Dans le même ordre d'idées, Lombrail (1996) souligne l'importance de la composante humaine dans la réalisation des activités de soins et fait ressortir la nécessité d'évaluer les conditions de travail en vue de les améliorer, de tenir compte des aspirations de chacun afin de donner à tous la possibilité de s'épanouir. Ce sont là, les gages essentiels de la capacité d'une institution à délivrer des soins de qualité. Les travaux de Shortell et al., (1994) ont démontré la relation positive existant entre un « bon » management des équipes de soins et une « bonne » qualité des soins.

### *2.3.3 Communication-information*

De nos jours, nul n'ignore l'importance de la communication tant pour les individus que pour les institutions (Côté, 1991; Côté, Bélanger et Jacques, 1994; Hubinon, 1998; Nicol et Walker, 1991; Spitzer-Lehmann, 1994; Swansburg, 2002). Comme le précise Grenier (1994), « un nouveau type de communication organisationnelle doit s'établir dans toute institution qui désire que ses produits et services soient conformes aux besoins de ses utilisateurs » (p. 2). Selon Adler, Bryk, Cesta et McEachen (1995), une

meilleure coordination des soins suppose une ouverture aux lignes de communication entre toutes les disciplines. En effet, les systèmes de communication organisationnelle sont de puissants déterminants de l'efficacité organisationnelle (Swansburg, 2002). La définition de la communication varie cependant d'un auteur à un autre.

En considérant le sens étymologique des termes communication et information qui réfèrent aux actions de communiquer et d'informer (*communicare* et *informare* en latin), Sylvestre (2003) affirme que ces deux concepts sont liés dans la mesure où la communication consiste à transmettre un message qui peut être une information. Ce message peut être écrit, oral ou visuel. Cependant, Montésinos (1991) distingue trois types d'information dans une unité de soins : l'information concernant le malade, le personnel et les activités. L'information concernant le malade est centrée sur l'individu hospitalisé précisément identifié. Elle assure, pour un minimum, la personnalisation des relations en évitant de confondre les activités de soins et leurs bénéficiaires. L'information concernant le personnel se rapporte à la détermination des horaires de travail, des repos et des congés, la composition des équipes, l'accueil des nouveaux employés etc. Une information adéquate du personnel implique que des réunions explicatives accompagnent les notes de services, ce qui permettra de répondre aux questions et de prendre en compte les remarques dans le but de limiter les malentendus et les oppositions. Quant à l'information centrée sur les activités, elle permet la réalisation optimale et le bon fonctionnement de l'unité de soins dans son ensemble. Cette catégorie d'information concerne la gestion des locaux, des équipements, des

produits consommables, l'approvisionnement, la maintenance, les relations formelles avec les services administratifs, médico-techniques et généraux.

Ces trois catégories d'information n'indiquent pas une hiérarchie de valeur entre elles, mais elles apportent la clarté permettant ainsi de classer de manière utilitaire toutes les informations afin d'éviter la confusion dans leur organisation et leur emploi. Dans le même ordre d'idées, Hubinon (1998) mentionne que la communication facilite la circulation de l'information et augmente la cohésion d'un groupe. En effet, l'information orale au sein du groupe contient des données infirmières et médicales nécessaires à la continuité des soins et aussi des données générales essentielles à la coordination quotidienne des activités de soins. Il y a des moments informels ainsi que des temps formels d'information afin de permettre à chacun des membres de l'équipe de rendre compte de son activité et d'organiser l'information à transmettre.

On a tendance à mettre l'emphase sur le caractère de la transmission d'un message plutôt que sur l'autre pôle de la communication, c'est-à-dire, la réception (Côté, Bélanger et Jacques 1994; Hesbeen, 2002). Selon Côté (1991), la communication peut être perçue comme le lien organique qui permet aux individus d'entrer en contact, d'échanger et en conséquence de vivre et de travailler en groupe. Il s'agit d'une mise en commun, au sein d'une même équipe, des rapports avec l'environnement institutionnel, d'un certain nombre d'interrogations, d'étonnements, d'aspirations, d'espoirs, d'analyses, de dysfonctionnements, de satisfactions ou de désenchantements, de projets,

etc., en vue de faciliter l'établissement de lien entre les professionnels de la même équipe ou entre des professionnels d'autres secteurs mais dont l'action est interdépendante (Hesbeen, 2002).

Tout en relevant l'importance de la communication dans l'exercice des soins infirmiers, Potter et Perry (2002) identifient trois niveaux de communication répondant à des besoins différents : les niveaux intrapersonnel, interpersonnel et en public. Le niveau intrapersonnel permet à l'infirmier d'être en contact avec ce qui se passe autour de lui et en lui. La réflexion intérieure habilite l'infirmier à exprimer ses pensées aux autres membres de l'équipe. Le niveau interpersonnel concerne toutes les occasions qui mettent l'infirmier en relation avec d'autres personnes (collègues, patients et familles). En effet, « la bonne communication interpersonnelle repose sur l'échange d'idées, la résolution de problèmes, l'expression de sentiments, la prise de décision, l'établissement d'objectifs, l'esprit d'équipe et la croissance personnelle » (Potter et Perry, 2002, p. 397); il s'agit d'une négociation de la vie quotidienne (Grenier, 1994; Swansburg, 2002). Stordeur (2003) ajoute que les qualités interpersonnelles des infirmiers (disponibilité, réponse aux besoins des patients, douceur dans la dispensation des soins, écoute et empathie) ainsi que leurs compétences techniques, sont des facteurs positifs associés à la satisfaction globale du patient, à son souhait de recourir aux mêmes services et de recommander l'institution à un proche. En décrivant les rôles du gestionnaire, Mintzberg (2003) définit les rôles interpersonnels en terme de symbole, de leader, d'agent de liaison et ceux liés à l'information en terme d'observateur actif, de diffuseur et de porte-parole des membres

de son équipe. Finalement, la communication en public est celle qui s'effectue lors de conférences ou d'enseignements à un groupe (Potter et Perry, 2002).

Nicol et Walker (1991) mentionnent que l'infirmier gestionnaire a un rôle indispensable à jouer dans la communication et ce, de par sa position de clinicien, d'organisateur, de responsable de l'équipe soignante, de récepteur et de distributeur des informations, de conseiller, ainsi que d'avocat des patients. En outre, il est constamment impliqué dans la résolution des problèmes, dans l'évaluation et dans la prise de décisions.

La plupart des auteurs ayant porté un intérêt à la communication dans les équipes de travail indiquent que « le savoir écouter » est une qualité fondamentale pour une communication efficace (Côté, 1991; Côté, Bélanger et Jacques, 1994; Grenier, 1994; Hesbeen, 2002; Hubinon, 1998; Nicol et Walker, 1991; Montésinos, 1991; Swansburg, 2002). En plus de l'écoute, Montésinos (1991) propose des conseils pratiques permettant de communiquer efficacement : s'interdire de « juger a priori »; être clair et cohérent; utiliser le langage verbal, non verbal et la méta-communication; communiquer directement en évitant autant que possible les intermédiaires; s'engager, parler avec son « je »; protéger l'estime de l'autre et de soi-même; utiliser le temps; tenir compte de l'espace et de l'équipement et enfin, écrire. En effet, « certaines communications doivent impérativement laisser des traces écrites : l'entretien d'accueil, la visite médicale, une réunion pour fixer le calendrier des congés annuels. La qualité de ces écrits est

généralement l'indice d'une bonne organisation » (Montésinos, 1991, p. 99). Le principe de base est que tout ce qui est important doit faire l'objet d'écrits pour permettre une évaluation ultérieure. Dans le même esprit, Spitzer-Lehmann (1994) note que pour améliorer la communication dans son unité de soins, l'infirmier-chef doit inciter le personnel à exprimer ses pensées sur le déroulement des événements, fournir régulièrement un feedback, offrir un programme de service sur la manière de communiquer efficacement et promouvoir le travail en équipe. Il ressort que les problèmes liés à la communication ou à son absence sont source d'insatisfaction au travail (Swansburg, 2002).

Enfin, Hubinon (1998) soutient qu'une communication efficace doit s'établir entre les équipes intra et inter unités, en lien avec les buts poursuivis, les types d'actions à réaliser, les réalisations en cours ainsi que les écarts possibles entre les résultats et les objectifs visés. Elle se situe donc à différents niveaux soit avec : les médecins, l'équipe de soins, les patients et leurs familles, les services médico-techniques, administratifs et logistiques, les autres unités de soins, la direction des soins infirmiers.

#### 2.3.4 *Maillage interdisciplinaire (collaboration interprofessionnelle)*

En lieu et place de « maillage » interdisciplinaire, concept proposé par Hubinon (1998), la présente étude parlera de collaboration interprofessionnelle. En effet, le concept collaboration est beaucoup plus familier aux professionnels de la santé du Burkina Faso, il correspond aussi au terme utilisé dans la plupart des écrits nord-

américains. En outre, nous nous référons aux pratiques des différentes catégories de professionnels et non au concept de discipline qui implique l'acquisition d'un corpus de connaissances basées sur la théorie et la recherche (Videla, 2002). Le terme « interprofessionnel » indique une contribution plus poussée de collaboration entre les professionnels (D'Amour, 1997; Lindeke et Block, 1998). Le préfixe « inter » fait référence à la dimension de collaboration car il signifie une relation réciproque (Le Dictionnaire Robert, 1998), il évoque un espace commun, un facteur de cohésion entre des savoirs et des pratiques différents (D'Amour, 1998) : « cette logique prône des orientations telles que la participation de la collectivité, la globalité de l'approche, l'autonomisation des usagers, l'intégration des services et l'accessibilité des services » (p. 4).

Bien que la notion de collaboration interprofessionnelle soit très présente dans le secteur de la santé depuis plusieurs années, sa définition ne fait toujours pas l'unanimité (Henneman, Lee et Cohen, 1995; Mariano, 1989). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2001) note que la collaboration interprofessionnelle est une situation où les services fournis à une personne, une famille ou une collectivité sont offerts par divers professionnels de la santé, chacun d'eux poursuit des objectifs différents mais ayant un but commun en ce qui concerne la clientèle visée.

Selon D'Amour (1998), la collaboration peut être comparée à la métaphore de l'orchestre de jazz : « lorsqu'un ensemble de musiciens de jazz exécute une pièce, les

musiciens possèdent une partition qui laisse place à des solos et des improvisations mais pour la majeure partie de la pièce, l'orchestre joue selon la partition pour être en accord, en harmonie » (p. 2). De la même façon, des professionnels sont parfois amenés à travailler seuls et à improviser, mais à d'autres moments, ils doivent œuvrer selon des règles et des finalités communes afin de travailler de concert en vue d'offrir la meilleure prestation possible à la clientèle. La collaboration est la structuration d'une action collective basée sur le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques (D'Amour, 1997). D'Amour (2002), souligne que la collaboration est devenue une nécessité dans le contexte actuel du secteur de la santé pour des raisons de qualité, de continuité des soins et d'efficacité. Elle est essentielle étant donné la complexité des problèmes de santé (Coeling et Cukr, 2000; D'Amour, 1998). Elle implique le partage de valeurs et d'actions orientées vers un but commun. Elle fait aussi référence à un processus dans lequel différents individus travaillent ensemble afin d'atteindre des buts communs (Adler, Bryk, Cesta, et McEachen, 1995; Lindeke et Block, 1998). Pour ces auteurs, le processus comprend quatre étapes : 1) partager le pouvoir, lequel doit faire l'objet de négociation; 2) s'entendre sur les buts; 3) relier les buts aux besoins de l'organisation; 4) partager la vision. La collaboration interprofessionnelle constitue alors une réponse à plusieurs problèmes de la qualité, elle requiert cependant la reconnaissance de la complémentarité des rôles de tous les dispensateurs de soins. Elle sera meilleure dans un environnement qui respecte les opinions et les contributions professionnelles de chaque membre de l'équipe. Dans cette optique, l'existence de la confiance mutuelle entre les partenaires, le partage du pouvoir

et des responsabilités deviennent des conditions essentielles (D'Amour, 2001; 2002; Henneman, Lee et Cohen, 1995).

Des travaux rigoureux ont démontré l'existence d'une relation positive entre la collaboration interprofessionnelle et la qualité des soins dispensés aux patients (Coeling et Cukr, 2000; Knaus, Draper, Wagner et Zimmerman, 1986; Robins et Moskowitz, 1988; Puta, 1989; Shortell, Rousseau, Gillie, Devers et Simons, 1991). De plus Henneman et al., (1995) attestent que le manque de collaboration joue un rôle central dans la fragmentation des soins, dans l'insatisfaction du patient et dans les mauvais résultats de soins. Kérouac et al., (2003) ajoutent que la collaboration intraprofessionnelle qui comprend la consultation entre collègues infirmiers a un impact important sur la continuité et la qualité des soins.

La collaboration interprofessionnelle, requiert un investissement majeur de la part de chacun des partenaires et implique des modes de gestion qui prennent en compte les dynamiques des relations humaines (Atwal et Caldwell, 2002; D'Amour, 1998; Coeling et Cukr, 2000). Pour sa part, l'infirmier doit reconnaître l'importance et la nécessité de collaborer avec les autres professionnels, il doit faire preuve de leadership en apportant sa contribution à l'équipe. Dans cette optique, l'infirmier collabore avec les membres de l'équipe de soins en vue de s'assurer que les clients reçoivent des soins de qualité et ce, de façon continue. Cette collaboration doit aussi exister avec les maisons

d'enseignement dans le champ de l'encadrement des stages des étudiantes en soins infirmiers (OIIQ, 2001).

Son rôle d'interface avec l'environnement, confère à l'infirmier-chef, la capacité de collaborer avec tous les autres partenaires de l'institution, y compris ceux des instituts de formation. La collaboration entre infirmier-chef et médecins peut se manifester sous forme d'attentes mutuelles au regard des prises de décisions sur la prise en charge des patients. Pour ce faire, la définition des modalités de gestion des activités de chacune des deux parties est indispensable. Les concertations périodiques permettent de faire face aux dysfonctionnements, de clarifier les attentes de chacun, de définir le rôle des uns et des autres et d'améliorer ainsi la synergie de l'équipe multidisciplinaire (Hubinon, 1998).

### *2.3.5 La formation*

Pour l'infirmier, une formation adéquate est non seulement un droit qui lui permet une évolution de carrière, un renouvellement de l'intérêt qu'il porte à sa profession mais aussi un devoir envers les patients et l'institution dans laquelle il exerce (Forcioli, 1995; Guérel, 2003). La formation est donc un outil de développement individuel et collectif qui permet à chacun de se situer avec compétence dans son travail et par rapport aux autres (Chapuis, 1984). Selon Ste-Marie (2000), les infirmiers doivent constamment actualiser leurs connaissances et leurs habilités pour faire face aux problèmes de santé de plus en plus complexes. En conséquence la formation continue est devenue la pierre

angulaire du maintien et de l'amélioration de la qualité des soins dispensés. Elle doit s'intégrer dans une véritable éducation professionnelle permanente et ainsi devenir une composante majeure du projet et de la stratégie des établissements hospitaliers (Lestienne, 2000). Elle constitue un déterminant incontournable de la qualité, souvent confiée à un service distinct comme mission principale dans les établissements hospitaliers (Hesbeen, 2002; Villeneuve, 2002).

Afin de répondre aux exigences de gestion de l'unité de soins, l'infirmier-chef ou le surveillant d'unité de soins a un rôle de formation/encadrement de proximité à jouer au sein de l'équipe soignante (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2000; Hesbeen, 2002). Ce rôle est « porteur de beaucoup d'espoir pour le développement des structures et l'amélioration de leur organisation et dès lors, pour la qualification du service rendu par les professionnels qui y exercent...il est le fer de lance du changement » (Hesbeen, 2002, p. 80). L'action de l'infirmier-chef est plus centrée sur l'encadrement du personnel soignant. Dans cette perspective, il doit posséder les compétences nécessaires afin d'être capable d'assurer l'encadrement des membres de son équipe (Hubinon, 1998). En outre, l'infirmier-chef collabore avec le département des soins infirmiers, chargée de la formation continue, en vue de répondre aux besoins de perfectionnement des membres de son équipe pour l'amélioration des compétences techniques. Il importe ainsi qu'il soit sensible à leurs besoins de formation par l'observation des activités de soins, l'écoute de ses collaborateurs et le discernement dans l'inadéquation des compétences du personnel.

Il doit s'interroger sur l'atteinte des objectifs de l'unité et la nécessité de son fonctionnement.

Hubinon (1998) note que le manque de compétences liées aux tâches engendre des insatisfactions chez les soignants et peut constituer une source de dysfonctionnement dans les prestations des soins et services. En outre, il s'avère essentiel que l'encadrement du nouveau personnel et des étudiants infirmiers fasse partie des préoccupations de l'infirmier-chef. À cet effet, Viens, Lavoie-Tremblay et Leclerc (2002) soulignent que l'intégration des nouveaux infirmiers dans l'unité de soins doit faire l'objet d'une planification au moyen d'un programme bâti sur mesure selon le profil professionnel individuel de l'infirmier afin de permettre à chacun de s'adapter graduellement à la culture de l'unité. De plus, l'existence d'une séance d'accueil, la participation des étudiants au rapport infirmier, la planification de leurs activités, la concertation des acteurs concernés par le contrat d'apprentissage sont autant d'éléments qui contribuent à la qualité de la prise en charge et à l'intégration des étudiants infirmiers dans le système d'organisation de l'unité de soins (Hubinon, 1998).

### *2.3.6 Gestion du matériel biomédical*

Le matériel biomédical comprend les éléments comme les solutés à perfusion, l'appareil à aspiration, le tensiomètre, le thermomètre, le matelas anti-escarre type « *alternating* », le lecteur de glycémie etc. (Lagren, 1998; Hubinon, 1998).

Le déroulement du processus des soins infirmiers implique la disponibilité du matériel adéquat, fonctionnel et en quantité suffisante pour maximiser les chances d'assurer des soins de qualité. Une gestion efficace du matériel implique la rationalisation de celui-ci en vue de répondre adéquatement et de façon rapide au besoin de santé du patient par la disponibilité de matériel fonctionnel. Une telle gestion permet en outre d'assurer une vitesse adéquate de rotation des stocks, d'améliorer la productivité des soins, de maintenir et d'améliorer la qualité des prestations par la présence de matériel fiable. La standardisation du matériel, de l'équipement et du mobilier des chambres facilite la coordination des activités et contribue à une meilleure organisation (Hubinon, 1998).

### *2.3.7 Gestion des activités hôtelières*

Les activités hôtelières font référence à trois composantes : l'entretien de l'environnement physique; les comportements du personnel vis-à-vis des patients et leurs familles et la restauration alimentaire (Hubinon, 1998; Montésinos, 1991). L'entretien de l'environnement physique, c'est-à-dire les locaux, comprend leur agencement, leur équipement ainsi que la manière dont ils sont entretenus et occupés. Comme l'indique Montésinos (1991) : « La propreté, l'ordre, l'absence de promiscuité gênante, de bruits agressifs, d'odeurs déplaisantes, de lumières intempestives, d'allées et venues perturbatrices sont des conditions préalables pour que puissent être obtenus des soins de qualité » (p. 160). Les comportements du personnel prennent en compte l'accueil réservé aux patients et à leurs familles; les attitudes

(amabilité, courtoisie, initiative, attention...) au cours de la prestation des soins et durant tout le séjour hospitalier ainsi que la personnalisation des soins. La restauration alimentaire quant à elle, comprend notamment le respect des consignes médicales pour la commande des repas et des horaires de distribution.

Le service d'hôtellerie revêt un caractère essentiel pour le patient. Il peut avoir un impact majeur sur son expérience et en déterminer son degré de satisfaction. Il est donc essentiel que l'infirmier-chef et son équipe adoptent des actions concrètes en matière d'attitudes et de comportements adéquats à l'accueil et à l'humanisation des contacts avec les patients et leurs familles (Hubinon, 1998).

### *2.3.8 Préviation de l'imprévu (Gestion de l'imprévu)*

En lieu et place de l'expression « préviation de l'imprévu », l'investigatrice privilégie le libellé « gestion de l'imprévu », lequel a l'avantage d'être plus clair.

L'organisation de l'unité de soins est caractérisée par une certaine complexité étant donné les nombreux aléas qui interpellent continuellement la planification des activités (Hubinon, 1998). L'équipe de soins efficiente est celle qui arrive à bien gérer cette complexité dans le maintien et l'amélioration de la qualité des soins. Dans cette optique, l'enjeu majeur consiste à redonner aux équipes soignantes une capacité de maîtriser l'organisation des soins par une analyse méthodique de leurs modes de fonctionnement (Minvielle, 1994). Tout déséquilibre engendre un dysfonctionnement dans le système

organisationnel et nécessite la mise en place d'actions en vue de corriger les perturbations. L'allocation des ressources doit s'inscrire dans une démarche prospective qui permet d'anticiper les conséquences de l'évolution des activités de soins et services sur les différents besoins de l'unité. Cette démarche implique une gestion prévisionnelle (Hubinon, 1998). L'auteur propose un cycle idéal d'une activité maîtrisée: anticiper, agir, mesurer, réagir. « Anticiper », représente une action essentielle et signifie prévoir les événements, prendre d'avance les précautions nécessaires pour y faire face, planifier la mobilisation de moyens nécessaires. « Agir » réfère à la réalisation des activités. « Mesurer » consiste à vérifier si les résultats obtenus correspondent à des seuils acceptables. Enfin, « réagir » vise à prendre les mesures de redressement qu'impose la situation. La gestion systématique des activités non planifiées est indispensable, elle comprend l'observation et l'interprétation des faits. L'observation exige du discernement pour cerner la complexité organisationnelle. Elle est fondée sur le repérage d'indicateurs précurseurs et d'événements critiques dans le processus organisationnel.

### 2.3.9 *Culture de l'unité de soins*

Au cours des dernières années, la notion de culture organisationnelle émerge comme un élément important pour la poursuite de l'excellence sur tous les plans et plus spécifiquement au plan économique. Elle réfère à une configuration plus ou moins homogène ou cohérente de représentations, de significations ou de postulats en vigueur à un moment donné dans une organisation de travail, qui sont partagés par les différentes catégories professionnelles et qui orientent et donnent un sens à leur action (Côté,

Bélanger et Jacques 1994; Devies, Nutley et Mannion, 2000; Huber et al., 2000; Swansburg et Swansburg, 2002). La culture organisationnelle est aussi perçue comme étant « la vision, les valeurs, les normes, les styles de leadership, les comportements interpersonnels et les attentes ou les normes comportementales d'une organisation. La façon dont sont conçus les systèmes d'autorité, de responsabilité, de gratification et de prime d'une organisation dictera les comportements de la plupart des gens et influencera directement la culture de l'organisation » (Harrigan, 2000, p. 93). Elle inclut les réseaux de communication formelle et informelle ainsi que les rôles des employés et des clients (Swansburg et Swansburg, 2002). Selon Hubinon (1998), la culture organisationnelle de l'unité de soins représente un sous-système du système hospitalier et chaque individu est une composante du sous système de l'organisation de l'unité de soins. L'unité de soins a sa propre culture qui doit s'inspirer de celle véhiculée par l'établissement hospitalier. En sus, l'individu avec ses propres valeurs, croyances, habitudes, connaissances et compétences doit posséder des méthodes de travail compatibles avec l'organisation.

Les dirigeants ont la responsabilité d'assurer une culture organisationnelle de qualité (Harrigan, 2000). Lorsque la production baisse, les gestionnaires doivent examiner les systèmes managérial, social et technique, afin de comprendre la conduite des employés conformément aux normes et aux valeurs de l'organisation et s'efforcer de corriger le dysfonctionnement pour une plus grande efficacité (Swansburg et Swansburg, 2002). Dans le même ordre d'idées, Hubinon (1998) note que l'infirmier-chef a un intérêt à

changer la culture organisationnelle lorsqu'il y a diagnostic des dysfonctionnements et ce afin d'assurer une gestion optimale de l'unité de soins.

Cependant, bien que reconnue comme la clé de tout changement durable, la transformation de la culture d'une organisation demeure un défi majeur pour les gestionnaires car manipuler directement la culture comporte de grandes difficultés (Schneider, Brief et Guzzo, 1996). Selon Swansburg et Swansburg (2002), cette difficulté est marquée par le fait qu'il faut opérer au niveau des croyances, des valeurs et des perspectives. Cela engendre souvent des conflits et des résistances et implique la mise en place de nouveaux leaders. Pour changer la culture, il est préconisé de se centrer sur le climat organisationnel (Harrigan, 2000). Le climat organisationnel réfère aux perceptions qu'ont les travailleurs des différents aspects de l'environnement dans l'organisation (Huber et al., 2000; Swansburg et Swansburg, 2002). A cet effet, Schneider et al., (1996), identifient quatre dimensions clés du climat de l'institution : 1) la nature des relations interpersonnelles; 2) la nature de la hiérarchie, c'est-à-dire la manière dont les décisions sont prises; 3) la nature du travail; 4) l'accent mis sur le soutien et la gratification.

Un climat organisationnel qui favorise le bien être psychologique des travailleurs facilite la dispensation d'un service de qualité en ce sens que la manière dont une organisation traite ses employés a un reflet direct sur la manière dont ces derniers traitent leurs clients (Stordeur, 2003; Schneider et Gunnarson, 1991). L'organisation qui

encourage la participation et l'implication des employés dans le partage de la prise de décision et qui met l'emphase sur ses clients augmente ses performances (Swansburg et Swansburg, 2002).

La mesure de la culture organisationnelle n'est pas toujours aisée (Harrigan, 2000; Hubinon, 1998). Il s'agit en effet essentiellement d'informations qualitatives pouvant prêter à des jugements subjectifs. Il est dès lors relativement difficile de prendre des décisions à partir de ce seul type d'informations. Ces informations concernent la participation de l'équipe à la recherche de l'excellence, la participation à son perfectionnement, l'amélioration des comportements des membres de l'équipe (initiatives, dynamique, esprit de solidarité, capacité d'adhésion aux changements, qualité de l'accueil), le renforcement des compétences et la définition d'objectifs à atteindre (Hubinon, 1998).

En résumé, la recension des écrits a présenté d'une part, l'état des connaissances actuelles sur les concepts centraux de la problématique étudiée et d'autre part, le cadre de référence de l'étude, lequel s'inspire de Hubinon (1998). Les écrits recensés ont permis de mettre en évidence le lien entre les aspects organisationnels, la gestion des ressources ainsi que les mécanismes de coordination, de communication et de collaboration. Ils ont également fait ressortir des enjeux majeurs quant à la mesure de la qualité de l'organisation des services et ont relevé le peu d'études réalisées dans le domaine.

Le prochain chapitre présente la méthode de recherche qui a été privilégiée pour adapter les normes et critères de qualité de l'organisation de l'unité de soins (Hubinon, 1998) à la réalité des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso et pour les valider au niveau de leur contenu.

*Chapitre 3 – La méthode*

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques comprenant les définitions des termes, le déroulement et les limites de l'étude ainsi que les considérations éthiques.

### **3.1 Définitions des termes**

#### *3.1.1 Services infirmiers*

Les services infirmiers réfèrent aux unités de soins qui sont placées sous la responsabilité d'un infirmier ou d'une sage-femme, un cadre infirmier ou cadre sage-femme pour la gestion des soins infirmiers ou soins sages-femmes.

#### *3.1.2 Unité de soins*

L'unité de soins est une composante de l'établissement hospitalier. Il s'agit de la structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2000). C'est le lieu où est hospitalisé l'utilisateur (patient, bénéficiaire, client, etc.).

#### *3.1.3 Surveillant d'unité de soins*

Le surveillant d'unité de soins est un infirmier diplômé d'État ou une sage-femme d'État ou un cadre infirmier ou cadre sage-femme, nommé par le Directeur général de l'établissement hospitalier. Il ou elle représente l'autorité hiérarchique auprès des membres de l'équipe soignante et assiste le chef de service ou de département pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités relevant de ses compétences (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2000).

#### *3.1.4 Personnel soignant*

Le personnel soignant réfère aux infirmiers; aux sages-femmes et aux agents de santé de première ligne (accoucheuses auxiliaires) œuvrant dans les unités de soins des centres hospitaliers.

#### *3.1.5 Référentiel*

Le référentiel est le matériel de base du processus d'appréciation de la qualité des soins. Le référentiel élaboré dans le cadre de cette étude comprend huit dimensions, 33 normes et 189 critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier.

#### *3.1.6 Norme et critère de qualité*

Une norme est un niveau de performance auquel on est en droit de s'attendre. Il s'agit d'un énoncé général de « ce qui devrait être » qui oriente la comparaison entre la réalité de l'organisation des services infirmiers et un certain idéal à atteindre (Grenier, Drapeau et Désautels, 1989). La norme se traduit concrètement par un ensemble de critères (Grenier, 1996). Dans le cadre de cette étude, la validation a permis de retenir 33 normes.

Un critère est un énoncé explicite et observable de ce qui est considéré comme souhaitable. Il sert à mesurer une situation réelle afin de porter un jugement de valeur par rapport à la situation souhaitée (Grenier, Drapeau et Désautels, 1989; Grenier, 1996).

Il doit être formulé d'une manière simple, compréhensible et être validé (Donabedian, 1986). Dans le cadre de cette étude, la validation a permis de retenir 189 critères.

### *3.1.7 Informateur-clé*

Dans le cadre de la présente étude, un informateur-clé est un surveillant d'unité de soins, un directeur des soins infirmiers et obstétricaux; un cadre infirmier ou cadre infirmier supérieur ou un cadre sage-femme ou cadre sage-femme supérieur, reconnu par son milieu de travail comme étant une personne ressource ayant une bonne connaissance en organisation des services infirmiers à l'hôpital.

## **3.2 Déroulement de l'étude**

Cette étude s'est déroulée en deux phases : la première phase consista à adapter les dimensions, les normes et les critères de qualité de l'organisation de l'unité de soins de Hubinon (1998) à la réalité des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso. La seconde phase consista à réaliser une validation de contenu de ces critères en utilisant la technique DELPHI modifiée. L'adaptation et la validation de normes et critères de qualité de l'organisation des services infirmiers constituent une étape essentielle précédant la construction d'un instrument de mesure de la qualité de l'organisation des services infirmiers (Grenier, 1996). Le déroulement de l'étude est synthétisé au Tableau 1.

Tableau 1

## Déroutement de l'étude

Phases/objectifs	Activités
<b>Phase d'adaptation et de dérivation</b>	
- Adapter les normes et les critères de qualité d'organisation de l'unité de soins de Hubinon (1998) à la réalité des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso.	- Identifier à partir de Hubinon (1998), les normes et les critères de qualité d'organisation potentiellement applicables aux services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso.
- Compléter les normes et les critères adaptés par d'autres normes et critères dérivés des écrits pertinents et de l'expérience professionnelle de l'investigatrice.	- Dériver des écrits pertinents et élaborer sur la base de l'expérience professionnelle de l'investigatrice d'autres normes et critères de qualité potentiellement applicables au contexte du Burkina Faso.
<b>Phase de validation</b>	
- valider les normes et les critères de qualité d'organisation des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso.	- Choisir une méthode de consensus. - Constituer deux groupes d'informateurs-clés. - Valider les normes et les critères par l'entremise de la méthode de consensus choisie.

### 3.2.1 Phase d'adaptation et de dérivation des normes et des critères

Hubinon (1998) a élaboré à partir des neuf dimensions du cadre de référence précédemment annoncé, 50 normes et 164 critères de qualité d'organisation de l'unité de soins en milieu hospitalier (Appendice A). Le Tableau 2 présente l'ensemble des dimensions ainsi que le nombre des normes et des critères de Hubinon (1998).

Tableau 2

Nombre de dimensions, de normes et de critères de qualité d'organisation  
de l'unité de soins de Hubinon (1998)

Dimensions (9)	Normes (50)	Critères (164)
1. Prise en charge du patient	7	24
2. Gestion de l'unité de soins	11	46
3. Communication-information	7	23
4. Maillage interdisciplinaire	9	25
5. Formation	3	12
6. Gestion du matériel biomédical	3	18
7. Gestion des activités hôtelières	3	12
8. Prévision de l'imprévu	2	4
9. Culture de l'unité de soins	5	0

Compte tenu du fait que l'outil de Hubinon (1998) a été développé pour un milieu (centres hospitaliers belges) présentant des caractéristiques différentes de celui de l'étude, il a été nécessaire de l'adapter à la réalité des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso. Pour ce faire, l'investigatrice a procédé à un examen minutieux des normes et des critères proposés par l'auteur belge afin d'identifier ceux qui pouvaient convenir à la réalité des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso. Cet examen a permis à l'investigatrice, de retenir des normes et des critères dans leur formulation initiale (14 normes et 35 critères), d'en reformuler (17 normes et 69 critères), d'en déplacer (3 normes et 18 critères), d'en rejeter (16 normes et 42 critères) et enfin d'ajouter 56 critères jugés pertinents au regard du contexte du Burkina Faso (Appendice B).

Le rejet de normes ou de critères s'explique par leur non-applicabilité au contexte des hôpitaux du Burkina Faso. Par contre, la reformulation de normes et critères vise à préciser davantage l'idée de ceux-ci en utilisant des termes plus familiers au personnel infirmier burkinabé ou cadrant davantage avec la réalité du contexte de l'étude. Sur les 69 critères reformulés, cinq ont été scindés en deux. Quant au déplacement de normes et critères, il est en lien avec la reformulation et/ou le rejet de certains normes et critères dans le but de faciliter la compréhension de ceux-ci. La plupart des normes et critères déplacés ont été reformulés. Finalement, l'ajout de nouveaux critères, non identifiés par Hubinon (1998), vise à répondre aux besoins des services infirmiers du contexte de l'étude. Ces critères ajoutés dérivent d'autres écrits (16) et aussi de l'expérience professionnelle de l'investigatrice (40).

À l'instar d'Hubinon (1998), la plupart des auteurs ont reconnu la difficulté de mesurer la culture organisationnelle d'une institution (Harrigan, 2000, Schneider et al., 1996). Cette difficulté est encore plus accentuée dans le contexte des hôpitaux du Burkina Faso en pleine mouvance avec la réforme hospitalière. En outre, la culture organisationnelle de l'unité de soins s'inspire de celle véhiculée par le centre hospitalier, ce qui accroît encore la difficulté à la mesurer. Étant donné ce fait, nous avons jugé opportun de ne pas intégrer dans le référentiel de l'étude, des normes et des critères concernant la dimension portant sur la « culture de l'unité de soins ». Par conséquent, cette dimension et ses cinq normes, proposées par Hubinon ont été rejetées par l'investigatrice. Ainsi, au lieu de neuf dimensions initiales d'Hubinon, seulement huit

dimensions ont été retenues : la prise en charge du patient; la gestion de l'unité de soins; la communication-information; la collaboration interprofessionnelle; la formation; la gestion du matériel biomédical; la gestion des activités hôtelières et la gestion de l'imprévu. Un référentiel comportant ces huit dimensions, 34 normes et 183 critères de qualité d'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier a été construit (Appendice C). Le tableau 3 présente le nombre de dimensions, de normes et de critères adaptés à partir de Hubinon (1998).

Tableau 3

Nombre de dimensions, de normes et de critères de qualité d'organisation de l'unité de soins adaptés à partir de Hubinon (1998).

Dimensions (8)	Normes (34)	Critères (183)
1. Prise en charge du patient	6	38
2. Gestion de l'unité de soins	7	30
3. Communication-information	5	25
4. Collaboration interprofessionnelle	5	20
5. Formation	5	35
6. Gestion du matériel biomédical	3	13
7. Gestion des activités hôtelières	2	19
8. Gestion de l'imprévu	1	03

### 3.2.2 Phase de validation des normes et des critères

Une fois que les normes et les critères de qualité d'organisation de l'unité de soins de Hubinon (1998) ont été adaptés à la réalité des services infirmiers hospitaliers du

Burkina Faso, il convient de les valider. Pour ce faire, des informateurs-clés ont été invités à se prononcer sur chacune des propositions qui leur étaient soumises.

La validité a trait à l'exactitude avec laquelle, un concept est mesuré. Elle se définit comme étant la capacité d'un instrument à mesurer réellement ce qu'il est censé mesurer (Brunelle et Saucier, 1999; Burns et Grove, 2001; Fortin, Taggart, Kérouac et Normand, 1988; Fortin, 1996 ; Jacquerye et al., 1999; Morin, 1999; Pineault et Daveluy, 1995; Poirier, 1987; Saucier et Brunelle, 1995). Le concept de validité « réfère aux inférences appropriées et significatives établies à partir des résultats obtenus par l'instrument de mesure. Ces inférences concernent les interprétations des résultats obtenus par un instrument de mesure et leurs influences sur les décisions qui seront prises ultérieurement » (Ouellet, Bernier et Grenier, 1996, p. 5). La plupart des auteurs distinguent trois types de validité : la validité de critère, la validité de construit et la validité de contenu (Brunelle et Saucier, 1999; Fermanian, 1996; Fortin et al., 1988; Fortin, 1996; Pineault et Daveluy, 1995).

La validité de critère représente le degré de corrélation entre un instrument de mesure et une autre mesure indépendante portant sur le phénomène étudié. Elle comprend la validité concomitante si les deux mesures sont effectuées en même temps et la validité prédictive si l'une des mesures est prise à un moment et l'autre à un temps ultérieur. La validité de construit fait référence au fait de valider la structure théorique sous-jacente de l'instrument de mesure et de vérifier les hypothèses d'association (Fortin, 1996). Il s'agit

d'un long processus exigeant plusieurs épreuves ; la validité de construit repose sur l'utilisation de méthodes multivariées. La validité de contenu quant à elle, réfère à la représentativité de l'ensemble des dimensions qui constituent le concept à mesurer (Brunelle et Saucier, 1999; Fortin et al., 1988; Fortin, 1996; Grenier, 2003; Lynn, 1986; Pineault et Daveluy, 1995). Elle permet de s'assurer que les énoncés contenus dans le référentiel représentent adéquatement le domaine étudié (Fortin, 1996), c'est-à-dire : la qualité de l'organisation des services infirmiers hospitaliers. C'est ce dernier type de validité qui a été privilégié dans cette étude.

Pineault et Daveluy, (1995) notent que « pour déterminer la validé de contenu, il faut identifier sur le plan conceptuel, les différentes composantes du concept. Cette démarche s'appuie généralement sur une revue de la littérature ou sur l'opinion de personnes ressources » (p. 456). Ces personnes ressources, encore appelées : les informateurs-clés sont des personnes reconnues comme ayant une bonne connaissance du milieu du travail Leur intérêt pour le sujet de recherche associé à leur connaissance du milieu hospitalier, leur expérience professionnelle et leur expertise en organisation des services infirmiers font d'eux, des personnes ressources utiles.

La validation des normes et des critères implique l'établissement de jugements de valeurs de la part des informateurs-clés d'où la nécessité d'adopter une méthode de consensus.

### *3.2.2.1 Première activité de validation – choix d'une méthode de consensus.*

L'approche par consensus s'appuie sur l'idée qu'un consensus, obtenu parmi un groupe de personne connaissant le problème à l'étude, c'est-à-dire l'organisation des services infirmiers des hôpitaux du Burkina Faso, est suffisamment fiable pour qu'on puisse utiliser avantageusement les résultats (Pineault et Daveluy, 1995). En outre, un tel consensus confère aux critères de qualité une forme de validité et une légitimité professionnelle (Donabedian, 1986). Des méthodes comme le groupe nominal ou la méthode DELPHI sont couramment utilisées dans l'approche par consensus.

La technique du groupe nominale (TGN) comprend quatre étapes qui sont : la rédaction des idées en silence, le répertoire des idées à tour de rôle jusqu'à épuisement, la discussion pour clarifier, ajouter ou éliminer certaines idées et enfin, le vote pour sélectionner les items prioritaires (Pineault et Daveluy, 1995). Cette technique requiert une organisation et une démarche rigoureuses. Elle est susceptible de ne pas plaire aux personnes préférant les discussions informelles aux échanges structurés. Elle exige la présence simultanée de tous les participants, ce qui, en soi, peut constituer une contrainte dans certains contextes (Grenier et Lagarde, 2000).

La technique DELPHI est une procédure de communication de groupe, destinée à collecter à l'aide d'une série de questionnaires des informations anonymes auprès d'un groupe d'experts dans le cadre d'une recherche sans que ceux-ci aient à se déplacer (Fortin et al., 1988; Fortin, 1996; Jacquerye et al., 1999). Elle a le mérite de remplacer la

confrontation et le débat directs par une procédure ordonnée, anonyme et soigneusement préparée d'interrogations individuelles, généralement réalisée par l'intermédiaire de questionnaires répétitifs visant à obtenir un consensus général (Dalhey, Brown et Cochran, 1972 dans Jacquerye et al., 1999; Fortin et al., 1988). Cette méthode requiert une grande motivation de la part des participants car elle nécessite un investissement important en temps; une enquête dure approximativement entre 45 à 70 jours (Pineault et Daveluy, 1995). En outre, l'obligation du consensus peut engendrer la mise de côté de positions extrêmes même si ces dernières constituent des idées intéressantes. La technique DELPHI « pure » utilise la méthode inductive telle que précédemment décrite tandis que la technique DELPHI « modifiée » réfère à la méthode déductive (Grenier, 2003). Dans cette seconde approche, des informateurs-clés sont invités à se prononcer sur des énoncés préalablement préparés par le chercheur.

Compte tenu des contraintes financières et temporelles, ainsi que la difficulté de rassembler les informateurs-clés, l'investigatrice a jugé opportun de privilégier la technique DELPHI modifiée aux fins de la présente étude. Ainsi, les normes et les critères adaptés à la première phase ont été soumis aux informateurs-clés en vue de recueillir leur appréciation en termes de clarté, de pertinence et d'importance à l'aide d'échelles de type LIKERT, coté de 1 à 4 par ordre croissant.

La clarté d'un critère indique que la formation de l'énoncé du critère est explicite, complète et compréhensible. Elle réfère à la netteté de l'énoncé ou au vocabulaire utilisé

ou encore à la compréhension immédiate et univoque de la signification de l'énoncé. La clarté est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 incompréhensible; 2 ambigu; 3 clair; 4 très clair.

La pertinence d'un critère correspond à sa capacité à mesurer adéquatement la norme ou un aspect de la norme qu'il est sensé rendre opérationnel (Lynn, 1986). La pertinence est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 non pertinent; 2 peu pertinent; 3 pertinent; 4 très pertinent.

L'importance d'un critère est définie comme quelque chose qui importe, qui a beaucoup d'intérêt, de grandes conséquences. L'importance est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 non important; 2 peu important; 3 important; 4 très important (Ménard, 2002).

Pour qu'un critère soit jugé valide, il devrait obtenir un seuil de consensus calculé sur base des réponses de tous les informateurs-clés, d'au moins 85 % ou une moyenne de 3.40 sur 4.00 et plus pour chacun des trois paramètres (clarté, pertinence et importance).

Par ailleurs, les informateurs-clés avaient la possibilité de faire des suggestions quant aux aspects éventuels à ajouter ou à supprimer, un espace a été réservé dans la grille à cet effet.

### 3.2.2.2 *Deuxième activité de validation – choix des informateurs-clés*

L'organisation des services infirmiers implique d'une part, les acteurs du terrain notamment les surveillants d'unités de soins (SUS) ainsi que les directeurs des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO) et les responsables des services d'évaluation et de la recherche en soins infirmiers et obstétricaux (SERSIO) et d'autre part, les cadres infirmiers et sages-femmes en fonction dans les directions centrales du Ministère de la santé (niveau décisionnel) et ceux oeuvrant dans le milieu de l'enseignement, en charge de la formation de base du personnel infirmier et sage-femme. Ainsi, nous avons cru pertinent de sélectionner un échantillon hétérogène d'informateurs-clés afin de générer des idées selon différentes perspectives (Ouellet, Bernier et Grenier, 1996). Quant au nombre des informateurs-clés, il a une influence directe sur le pourcentage de consensus exigé, Lynn (1986) recommande d'en utiliser au moins cinq. Dans ce cas, le consensus exigé entre eux est de 100 %. Mais lorsque le nombre d'informateurs-clés est supérieur à cinq, le consensus peut varier entre 83 % et 90 %. Grenier (2003) préconise le recrutement d'une quinzaine d'informateurs-clés par groupe.

Dans le cadre de cette étude, deux groupes d'informateurs-clés de douze membres chacun a été constitués : un premier groupe composé de six SUS, cinq DSIO et un SERSIO et un second groupe comportant cinq enseignants et sept cadres infirmiers et sages-femmes en fonction dans les directions centrales du Ministère de la santé. Cependant, trois SUS supplémentaires et un enseignant ont manifesté un intérêt pour le projet et ont été associés à l'étude, ce qui porte le nombre d'informateurs-clés à 15 pour

le premier groupe et à 13 pour le second groupe, soit un total de 28 informateurs-clés. Par contre, deux informateurs-clés du deuxième groupe n'ont pas pu poursuivre la première phase de validation, ce qui réduit leur nombre à 11 et ramène le total de l'échantillon à 26 informateurs-clés (Tableau 4).

Pour être sélectionné comme informateurs-clés du premier groupe, il convenait d'être cadre infirmier ou cadre sage-femme ou infirmier d'État ou sage-femme d'État et de posséder au moins cinq ans d'expérience comme SUS en médecine, chirurgie, pédiatrie ou maternité dans un centre hospitalier universitaire ou régional; d'être cadre infirmier ou cadre sage-femme et de posséder au moins trois ans d'expérience dans la fonction de DSIO ou SERSIO dans un centre hospitalier national ou régional. Chacun des douze hôpitaux du Burkina Faso est représenté, soit les trois CHU et les neuf CHR. L'identification des DSIO répondant aux critères a été faite avec l'appui de la Direction de la tutelle des hôpitaux publics du Ministère de la santé du Burkina Faso et celle des SUS par les DSIO des centres hospitaliers.

Quant aux informateurs-clés du second groupe, il convenait d'être infirmier d'État ou sage-femme d'État, cadre infirmier ou cadre infirmier supérieur ou cadre sage-femme ou cadre sage-femme supérieur en fonction dans une des directions centrales du ministère de la santé ou occuper la fonction d'enseignante à l'École nationale de santé publique et posséder une expérience de trois ans dans l'une ou l'autre de ces fonctions ainsi que de l'expertise dans l'organisation des services infirmiers hospitaliers. La sélection des

informateurs-clés de cette deuxième catégorie a été réalisée suite aux contacts individuels effectués par l'investigatrice.

Chaque informateur clé devait porter un intérêt pour le projet de recherche et accepter de signer le formulaire de consentement pour participer à l'étude. Le tableau 4 présente les informateurs-clés en fonction de leur statut et de leur lieu de travail.

Tableau 4

Répartition des informateurs-clés en fonction de leur lieu de travail et de leur statut

Groupe 1 : Informateurs-clés oeuvrant dans les hôpitaux (DSIO, SERSIO, SUS)		
# Participants	Lieu de travail	Statut
1	CHR de Banfora	SUS (Chirurgie, inf.)
1	CHR de Dédougou	SUS (Chirurgie, inf.)
1	CHR de Dori	SUS (Chirurgie, inf.)
1	CHR de Fada	SUS (Médecine psychiatrique, inf.)
1	CHR de Gaoua	SUS (Maternité, ME)
1	CHR de Kaya	SUS (Médecine, inf.)
1	CHR de Koudougou	DSIO (inf.)
1	CHR de Ouahigouya	DSIO (inf.)
1	CHR de Tenkodogo	DSIO (SF)
2	CHUP-CDG	DSIO (inf.); SUS (nourrissons, inf.)
2	CHU-SS	DSIO (inf.); SUS (Médecine, inf.)
2	CHU-YO	SERSIO (inf.); SUS (Pédiatrie, inf.)
<b>Total : 15 informateurs-clés</b>		

---

Groupe 2 : Informateurs-clés œuvrant dans le milieu de l'enseignement et dans les directions centrales du Ministère de la santé.

---

# Participants	Lieu de travail	Statut
1	DEP	Administrateur des hôpitaux (inf.)
4	DGTHP	1 conseiller de santé (inf.) ; 2 attachés de santé en SIO (inf., SF) et 1 SF
1	ENSP de Fada	Conseiller de santé (inf.)
1	ENSP de Koudougou	Attaché de santé en SIO (inf.)
4	ENSP de Ouagadougou	2 conseillers de santé (inf.) et 2 attachés de santé en SIO, santé mentale (SF, inf.)

Total : 11 informateurs-clés

---

*3.2.2.3 Troisième activité de validation – Validation des normes et des critères par l'entremise de la technique DELPHI modifiée.*

Cette dernière activité comprenait la validation consensuelle de contenu des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso (adaptés à partir de Hubinon, 1998) au moyen de la technique DELPHI modifiée. Cette technique s'appuie sur l'envoi d'une série de questionnaires aux informateurs-clés pour leur permettre de réagir à l'information soumise lors d'un premier questionnaire et aux suggestions, modifications ou ajouts faits par les participants lors des questionnaires subséquents (2<sup>e</sup> et possibilité d'un 3<sup>e</sup> questionnaire). Les informateurs-clés en arrivent généralement à un consensus sans qu'il y ait confrontation entre eux (Pineault et Daveluy, 1995). Dans le cadre de la présente étude, la validation s'est faite en deux étapes.

*Étape 1 : Soumission d'un premier questionnaire aux informateurs-clés.* Comme antérieurement énoncé, le premier questionnaire a été construit en s'inspirant des normes

et critères de qualité d'organisation de l'unité de soins de Hubinon (1998). Il a été intitulé « Premier questionnaire de validation des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso ». Il comprenait les parties présentées au Tableau 5 (à titre d'exemple).

Tableau 5

Présentation des parties du premier questionnaire (à titre d'exemple)  
**Dimension 1- Prise en charge du patient**

Norme 1.1 La planification journalière des activités de soins de chaque patient existe dans l'unité de soins.				
Critère(s)	Clarté	Pertinence	Importance	Commentaires
1.1 Le surveillant d'unité dispose des informations sur l'état sanitaire de chaque patient.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

\* Normes et critères supplémentaires (si nécessaire)

La dimension est identifiée et définie dans un premier temps. Le questionnaire comportait huit dimensions. En dessous de la dimension, la norme est énoncée. Il est à noter que plusieurs normes sont énoncées par dimension. Le questionnaire comprenait en tout 34 normes. Sous cette norme, le critère est formulé. Plusieurs critères opérationnalisent chacun des normes. Le questionnaire comprenait un total de 183 critères.

Trois échelles de quatre points (1, 2, 3, 4) permettaient aux informateurs-clés de statuer sur la validité de contenu en se prononçant, individuellement, sur chacun des trois paramètres suivant : la clarté, la pertinence et l'importance de chaque critère; les définitions de ces paramètres ayant préalablement été énoncées (p.57 du présent document).

Une section « commentaires » était disponible et permettait à l'informateur-clé d'expliquer son choix dans le cas où le critère était jugé « 1 ambigu » ou « 2 incompréhensible » pour la clarté; « 1 non pertinent » ou « 2 peu pertinent » pour la pertinence; « 1 non important » ou « 2 peu important » pour l'importance. En outre, les informateurs-clés avaient la possibilité, en cas de besoin, de formuler des normes et des critères additionnels, lesquels étaient alors ajoutés au terme de chaque norme ou dimension (en dessous du tableau).

Ce premier questionnaire comportait 183 critères opérationnalisant 34 normes, lesquelles définissaient huit dimensions. Ce questionnaire a été soumis aux informateurs-clés de façon individuelle dans le courant du mois de novembre 2004. Une lettre intitulée « consignes à l'intention des informateurs-clés » comportant un mot de remerciement et des notes d'explication a accompagné le questionnaire afin de guider les informateurs-clés dans le processus de validation (Appendice D). Cette lettre situe le contexte général du projet de validation; définit les termes; décrit le déroulement de l'étude, le contenu du premier questionnaire, les considérations éthiques et l'échéancier.

Les informateurs-clés étaient invités à compléter le questionnaires dans les dix jours suivant la réception dudit questionnaire en mains propres.

Suite à la réception du premier questionnaire, les réponses fournies par les informateurs-clés ont été analysées. Rappelons que pour qu'un critère soit valide, le degré minimal de consensus de 85 % et plus (ou 3.40 sur 4.00) a été fixé pour chacun des paramètres (clarté, pertinence, importance). À chaque fois que l'informateur-clé encerclait les cotes 1 ou 2 de l'échelle, il devait rédiger des commentaires explicatifs ou justificatifs de son évaluation. Après l'analyse des réponses du premier questionnaire, les critères qui ont reçu une cote de 1 ou 2 ont été révisés à partir des modifications et suggestions qui ont été faites. Ainsi, les critères ayant obtenu un score de consensus inférieur à 3.40 ont suscité une décision de modification. Avec un score en dessous de 3.00, les critères sont à rejeter, à partir de 3.00 et en dessous de 3.40, ils sont à reformuler et à soumettre de nouveau aux informateurs-clés. Cependant, les explications apportées par les informateurs-clés peuvent amener l'investigatrice à reformuler un critère ayant obtenu un score de consensus inférieur à 3.00 ainsi qu'à rejeter un critère dont le score de consensus se situe entre 3.00 et en dessous de 3.40. Par ailleurs, les recommandations des informateurs-clés peuvent également conduire l'investigatrice à reformuler une norme en vue de la rendre plus explicite ou à la rejeter. Les critères reformulés ont été insérés au deuxième questionnaire de validation.

*Étape 2 : Soumission d'un deuxième questionnaire aux informateurs-clés.* Le deuxième questionnaire a été développé suite à l'analyse des résultats de la validation du premier questionnaire. En effet, il a été construit en fonction des propositions de modifications, d'ajouts de critères ainsi que des commentaires émis par les informateurs-clés. Il a été intitulé « Deuxième questionnaire de validation des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso ». Ce deuxième questionnaire comportait au total 63 critères. Il a été construit selon la configuration du premier questionnaire (tableau 4) et a été soumis dans le courant du mois de décembre 2004. Une lettre comportant un mot de remerciement et des notes d'explication intitulée « consignes à l'intention des informateurs-clés » a accompagné le deuxième questionnaire afin de guider les informateurs-clés dans le processus de la validation (Appendice E). Un échéancier de dix jours a été fixé comme lors de la validation du premier questionnaire à compter de la réception du questionnaire par chaque informateur-clé.

Une deuxième analyse des réponses des informateurs-clés a été effectuée en maintenant le seuil de consensus à 85 % et plus (ou 3.40 sur 4.00). Ce dernier volet a mis fin au processus de validation.

### **3.3 Limites méthodologiques**

La première limite méthodologique est reliée au cadre de référence qui s'inspire de Hubinon (1998). Ce dernier n'a pas encore été expérimenté dans d'autres pays que la

Belgique. Une deuxième limite concerne l'adaptation des normes et des critères de l'organisation des services infirmiers. En effet, le choix de reformulation, de déplacement, de rejet de normes et critères a été fait de façon unilatérale par l'investigatrice. Il aurait pu être intéressant que les normes et les critères adaptés soient soumis préalablement à un groupe d'experts connaissant la problématique étudiée et le contexte de l'étude, c'est-à-dire l'organisation des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso. Enfin, une troisième et dernière limite réside dans la validation de contenu qui a été réalisée essentiellement au moyen de la technique DELPHI modifiée, sur la base de la méthode déductive. Cette méthode s'appuie sur le jugement subjectif. En conséquence, la généralisation des résultats de l'étude à l'extérieur du contexte du Burkina Faso s'avère limitée.

### **3.4 Considérations éthiques**

Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal, le 10 novembre 2004 et un certificat a été délivré (Appendice F). Tous les informateurs-clés ayant participé à l'étude ont été informés du but et de la durée de l'étude, de la nature de leur participation et de la méthode utilisée, ce qui leur a permis de consentir à participer librement et de façon éclairée. Ainsi, chaque informateur clé a consenti par écrit en acceptant de signer le formulaire de consentement (Appendice D). Ce formulaire a subi de légères modifications suite à une première présentation au comité d'éthique de recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal.

En outre, tous les informateurs-clés ont reçu l'information quant au fait qu'il n'y a pas d'obligation concernant leur participation à l'étude car cette dernière est volontaire et bénévole. Ils pouvaient se retirer librement à tout moment s'ils le souhaitaient ou refuser d'émettre leur avis sur certains items sans que cela ne leur porte préjudice. Toutefois, la confidentialité des informations a été assurée par l'investigatrice, tous les questionnaires reçus ont été placés sous clé et pour cinq ans, seule la responsable du projet y aura accès. Après cette période des cinq ans, la responsable de l'étude se chargera elle-même de les détruire.

La section suivante présente les résultats de l'étude.

*Chapitre 4 – La présentation des résultats*

La présentation des résultats de l'étude comprend trois parties. Les deux premières sont consacrées aux résultats obtenus pour chacune des deux phases de validation des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier dans le contexte du Burkina Faso. La dernière partie présente une synthèse des résultats des deux phases de validation.

#### **4.1 Les résultats de la première phase de validation**

La première phase de validation portait sur 183 critères, regroupés en 34 normes et répartis selon huit dimensions : la prise en charge du patient (6 normes et 38 critères); la gestion de l'unité de soins (7 normes et 30 critères); la communication-information (5 normes et 24 critères); la collaboration interprofessionnelle (5 normes et 21 critères); la formation (5 normes et 35 critères); la gestion du matériel biomédical (3 normes et 13 critères); la gestion des activités hôtelières (2 normes et 19 critères) et la gestion de l'imprévu (1 norme et 3 critères).

Pour être validé, un critère devait atteindre un seuil de consensus  $\geq 3.40/4.00$  (ou 85 % et plus de consensus) pour chacun des paramètres, soit la clarté, la pertinence et l'importance. Pour ce faire, la formule suivante a été appliquée :

$$\text{Résultat} = \Sigma i / nj$$

La somme des « i » étant la somme des réponses (1, 2, 3 ou 4) fournies par les informateurs-clés et le « nj » le nombre de répondants par groupe, pour chaque paramètre.

Tous les informateurs-clés, exceptés deux du deuxième groupe (des cadres des directions centrales), ont complété le premier questionnaire.

Au terme de la première phase de validation, 33 des 34 normes ont été retenues dont cinq furent légèrement modifiées afin de les rendre plus explicites et une norme fut rejetée. D'autre part, 131 critères ont été jugés valides; de légères modifications ont été apportées « a posteriori » à 27 d'entre eux. N'ayant pas obtenu le niveau de consensus exigé, 41 critères ont été reformulés et soumis de nouveau aux informateurs-clés, 11 ont été rejetés et 21 ont été ajoutés par les informateurs-clés. Les tableaux 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 13 présentent, par dimension, les scores de consensus obtenus ainsi que la décision prise pour chacun des critères soumis à la première phase de validation. Des points saillants sont dégagés avant chaque tableau.

#### *4.1.1 La dimension 1 : Prise en charge du patient*

Cette dimension comporte six normes et 38 critères, soit : l'existence de la planification journalière des activités de soins (5 critères); la disponibilité du plan de soins (5 critères); la facilitation de l'organisation de l'unité de soins et des soins infirmiers par les services médico-techniques et administratifs (5 critères); l'organisation de la visite médicale (4 critères); l'information du patient et de ses proches (12 critères) ainsi que de la disponibilité des médicaments d'urgence (7 critères).

Le tableau 6 présente les résultats de la première phase de validation de la dimension « Prise en charge du patient ». Quelques points saillants précèdent celui-ci.

Des six normes et des 38 critères énoncés dans la dimension de la prise en charge du patient, toutes les normes et 23 critères furent jugés valides. Cependant, afin de répondre aux suggestions de clarification de la plupart des informateurs-clés, les normes 1.2, 1.3 et 1.6 ont subi de légères modifications. Il en est de même pour les critères 1.2.2, 1.2.3, 1.4.2, 1.4.3, 1.4.4, 1.5.1 et 1.5.2.

En ce qui concerne la norme 1.2, initialement intitulée « le plan de soins infirmiers est disponible dans l'unité de soins », il a été recommandé de la reformuler comme suit: « La prise en charge infirmière du patient se fait sur base d'un plan de soins ». Cette nouvelle formulation cerne bien l'ensemble des critères définis sous cette norme, excepté le critère 1.2.4, lequel a été jugé redondant et par conséquent éliminé. Au niveau de la norme 1.3, initialement formulée « L'organisation de l'unité de soins et des soins infirmiers est facilitée par des services médico-techniques et administratifs adéquats », il a été suggéré de supprimer « unité de soins ». Concernant la norme 1.6 « Des médicaments d'urgence et des consommables (seringues, gants à usage unique, etc.) sont disponibles dans l'unité de soins », il s'est avéré utile d'ajouter le terme « médicaux » à consommables et de supprimer la parenthèse. Ces reformulations visent à rendre les normes 1.3 et 1.6 plus explicites en vue d'une compréhension accrue.

Au niveau du critère 1.2.2, les informateurs-clés ont tenu à préciser que le plan de soins visait non seulement la continuité mais aussi la coordination des soins. Quant au critère 1.2.3 « La programmation horaire des soins infirmiers est indiquée sur le plan de soins », il a été proposé d'écrire simplement de « soins » en supprimant « infirmiers » car des soins autres qu'infirmiers pourraient être programmés dans le plan de soins. La modification du critère 1.4.2 offre plus de précisions quant aux modalités d'organisation de la visite médicale tandis que celle apportée au critère 1.4.3 précise qu'en plus du surveillant d'unité de soins ou de son délégué, les membres de l'équipe de soins présents doivent participer à la visite médicale. Quant au critère 1.4.4, la modification vise à souligner l'importance de la présence d'un membre de la famille au chevet du patient lors de la visite médicale. Étant donné que le livret d'accueil contient des informations tant pour le patient que pour ses proches, les informateurs-clés ont suggéré d'ajouter le terme « ses proches » à la formulation initiale du critère 1.5.1. En ce qui concerne le critère 1.5.2 « La charte du patient hospitalisé est affichée dans les chambres des patients », la quasi-totalité des informateurs-clés notent qu'étant donné le faible taux d'alphabétisation de la population, il importe d'offrir au patient et à ses proches, outre l'affichage, des explications verbales relatives à la charte du patient.

Par ailleurs, les commentaires des informateurs-clés ont permis de rejeter quatre critères et d'en reformuler 11 autres n'ayant pas obtenu le niveau de consensus exigé (3.40/4.00 ou 85 % et plus) au niveau des deux groupes. Bien que jugés valides par le groupe des informateurs-clés oeuvrant dans les hôpitaux (DSIO, SUS), les critères

1.2.4, 1.5.10 et 1.6.4 ont été qualifiés de redondants par le groupe des informateurs-clés œuvrant dans les directions centrales du ministère de la santé et dans le secteur de l'enseignement. Il en est de même pour le critère 1.3.5, également jugé redondant par les deux groupes. Les critères modifiés ont été soumis à la deuxième phase de validation. En outre, les informateurs-clés ont proposé sept nouveaux critères qui ont été insérés dans le deuxième questionnaire pour la seconde phase de validation.

Tableau 6

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.

**DIMENSION 1 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

<b>Dimension 1 : Prise en charge du patient</b>			
<b>Norme 1.1</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient existe dans l'unité de soins.		
<b>Critère 1.1.1</b>	Le surveillant d'unité dispose des informations sur l'état sanitaire de chaque patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3,73	3,60	
<b>Pertinence</b>	3,80	3,70	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3,80	3,70	
<b>Critère 1.1.2</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient tient compte de ses besoins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3,80	4,00	
<b>Pertinence</b>	3,73	3,72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3,72	3,63	

**Critère 1.1.3** La planification journalière des activités de soins de chaque patient est révisée chaque fois que la prescription médicale est modifiée.

	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
<b>Clarté</b>	3,80	3,81	
<b>Pertinence</b>	3,73	3,18	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3,93	3,27	

**Modification 1.1.3**

La planification journalière des activités de soins de chaque patient est réajustée en fonction de la prescription médicale.

**Critère 1.1.4** La programmation des examens de chaque patient est consignée sur un support écrit faisant partie du dossier de soins.

	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
<b>Clarté</b>	3,73	3,81	
<b>Pertinence</b>	3,50	3,45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3,78	3,45	

**Critère 1.1.5** La programmation des examens comprend : la date de la demande; la date et l'heure du rendez-vous; la date de réalisation (à compléter une fois que l'examen est fait).

	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
<b>Clarté</b>	3,50	3,18	
<b>Pertinence</b>	3,71	3,72	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3,57	3,81	

**Modification 1.1.5**

La programmation des examens comprend : la date de la demande ainsi que la date et l'heure du rendez-vous.

**Norme 1.2** Le plan de soins infirmiers est disponible dans l'unité de soins.

**Modification 1.2** La prise en charge infirmière du patient se fait sur base d'un plan de soins

**Explication :** La nouvelle formulation permet de bien cerner tous les critères définis sous cette norme.

**Critère 1.2.1** Chaque patient dispose d'un plan de soins infirmiers à jour.

	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
<b>Clarté</b>	3.66	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.45	

**Critère 1.2.2** Le plan de soins infirmiers est un support lisiblement écrit pour faciliter la continuité des soins.

	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
<b>Clarté</b>	3.80	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.70	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.80	<b>a posteriori</b>

1.2.2 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Le plan de soins infirmiers est un support lisiblement écrit pour faciliter la continuité et la coordination des soins.

<b>Explication :</b>	Le plan de soins permet d'assurer la continuité et aussi la coordination des soins.		
<b>Critère 1.2.3</b>	La programmation horaire des soins infirmiers est indiquée sur le plan de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.80	<b>Critère validé avec légère modification apporté</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.90	<b>a posteriori</b>

1.2.3 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

La programmation horaire des soins est indiquée sur le plan de soins.

**Explication :** Des soins autres qu'infirmiers pourraient être programmés dans le plan de soins.

<b>Critère 1.2.4</b>	La programmation horaire des soins infirmiers de chaque patient est révisée quotidiennement.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.46	3.70	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.40	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.30	

**Explication :** La mise à jour du plan de soins évoquée dans le critère 1.2.1 prend en compte la révision de la programmation horaire des soins infirmiers.

<b>Critère 12.5</b>	Le plan de soins est un élément constitutif du dossier du patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.90	

**Norme 1.3** L'organisation de l'unité de soins et des soins infirmiers est facilitée par des services médico-techniques et administratifs adéquats.

**Modification 1.3 :** L'organisation des soins infirmiers est facilitée par des services médico-techniques et administratifs adéquats.

**Explication :** La nouvelle formulation rend la norme plus claire.

<b>Critère 1.3.1</b>	Les services de radiologie sont assurés dans un délai de deux heures en situation d'urgence pour tous les patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.33	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.54	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.72	

**Modification 1.3.1**

Les services d'imagerie médicale sont assurés dans un délai maximum d'une heure pour tous les patients en situation d'urgence.

<b>Critère 1.3.2</b>	Les services de radiologie sont assurés dans un délai de huit heures en situation non urgente pour tous les patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.33	3.27	
<b>Pertinence</b>	3.53	3.3	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.36	

**Modification 1.3.2**

Les services d'imagerie médicale sont assurés pendant les heures ouvrables de la semaine pour tous les patients en situation non urgente.

<b>Critère 1.3.3.</b>	Les services de laboratoire sont assurés dans un délai de deux heures en situation d'urgence pour tous les patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.40	3.36	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.54	

**Modification 1.3.3**

Les services de laboratoire sont assurés dans un délai maximum d'une heure pour tous les patients en situation d'urgence.

<b>Critère 1.3.4</b>	Les services de laboratoire sont assurés dans un délai de huit heures en situation non urgente pour tous les patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.40	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.50	

<b>Critère 1.3.5</b>	La récupération des résultats des examens demandés est assurée dans un délai de deux heures en situation d'urgence et de huit heures en situation non urgente pour tous les patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.26	3.27	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.36	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.70	

**Explication :** Critère jugé redondant car si les services d'imagerie médicale et de laboratoire sont assurés dans les délais requis, les résultats des examens demandés sont aussitôt récupérés.

**Norme 1.4** La visite médicale des patients est organisée.

<b>Critère 1.4.1</b>	Il existe un accord entre le médecin-chef et le surveillant d'unité de soins sur les modalités d'organisation de la visite médicale.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.00	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.81	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.81	

**Modification 1.4.1**

Des modalités d'organisation de la visite médicale (jours, heures, procédures, etc.) fixées par consensus entre le médecin-chef et le surveillant d'unité de soins existent.

<b>Critère 1.4.2</b>	Les modalités d'organisation de la visite médicale sont respectées.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.54	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.54	<b>a posteriori</b>

1.4.2 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Les modalités d'organisation de la visite médicale (jours, heures, procédures, etc.) sont respectées.

**Explication :** Donner des précisions sur la notion de « modalités ».

<b>Critère 1.4.3</b> Le surveillant ou un infirmier délégué participe à la visite médicale.			
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.80	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.73	4.00	<b>a posteriori</b>

1.4.3- Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Le surveillant d'unité ou son délégué et l'équipe de soins participent à la visite médicale.

**Explication** : Les membres de l'équipe de soins présents doivent participer à la visite médicale.

<b>Critère 1.4.4</b> Pendant la visite médicale, les accompagnants libèrent les chambres des patients.			
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.54	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.72	<b>a posteriori</b>

1.4.4 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Pendant la visite médicale, il y a au plus un accompagnant au chevet du patient.

**Explication** : La présence d'une proche du patient est souvent nécessaire pour donner certains renseignements sur l'état de santé de ce dernier.

**Ajout de critères soumis par les informateurs-clés :**

1.4.5 Des paravents sont utilisés lors des examens physiques des patients pendant la visite médicale.

1.4.6 Les consignes de la visite médicale sont enregistrées par le surveillant ou son délégué.

1.4.7 Les dossiers des patients sont mis à jour et classés après la visite médicale.

**Norme 1.5** L'information du patient et de ses proches est régulièrement assurée au sein de l'unité de soins.

<b>Critère 1.5.1</b> Un livret d'accueil du centre hospitalier et le cas échéant de l'unité de soins est disponible pour le patient.			
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.81	3.73	
<b>Pertinence</b>	3.72	3.53	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.81	3.73	<b>a posteriori</b>

1.5.1 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Un livret d'accueil du centre hospitalier et le cas échéant de l'unité de soins est disponible pour le patient et ses proches.

**Explication** : Certaines informations du livret concernent à la fois le patient et ses proches.

<b>Critère 1.5.2</b> La charte du patient hospitalisé est affichée dans les chambres des patients.			
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.63	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.54	<b>a posteriori</b>

1.5.2 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

La charte du patient hospitalisé est portée à la connaissance du patient et à ses proches et affichée dans les chambres des patients.

**Explication** : Tenir compte du bas taux d'alphabétisation au niveau de la population.

<b>Critère 1.5.3</b>	Le patient et/ou sa famille connaît le programme de sa journée.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.20	3.00	
<b>Pertinence</b>	3.64	2.81	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.50	3.18	
<b>Modification 1.5.3</b>			
Le patient et/ou sa famille connaît le programme des activités de soins qui le concernent dans la journée.			
<b>Critère 1.5.4</b>	En cas de modification de la programmation journalière des activités de soins, le patient est mis au courant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.54	
<b>Modification 1.5.4</b>			
En cas de modification de la programmation journalière des activités de soins, le patient et/ou sa famille est informé.			
<b>Critère 1.5.5</b>	Le patient qui doit subir des examens est informé la veille sur les précautions à prendre (jeûne...) et sur l'heure des prélèvements ou de son déplacement vers d'autres secteurs de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.93	3.70	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	4.00	
<b>Critère 1.5.6</b>	Le patient qui doit subir des examens spéciaux (lavement baryté, fibroscopie, etc.) reçoit des explications de la part de l'équipe soignante.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	4.00	
<b>Pertinence</b>	3.93	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	4.00	
<b>Critère 1.5.7</b>	Les horaires de visites des patients sont affichés dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.93	3.77	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.77	
<b>Critère 1.5.8</b>	Le patient et sa famille sont informés des heures de visite dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.77	
<b>Pertinence</b>	3.60	4.00	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	4.00	

<b>Critère 1.5.9</b>	Le patient et sa famille connaissent où sont situés les W.C. et les douches fonctionnels au niveau de l'unité de soins et le cas échéant au sein de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.44	
<b>Pertinence</b>	3.93	4.00	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	4.00	
<b>Critère 1.5.10</b>	Un support d'information des accompagnants sur le fonctionnement de l'hôpital et le cas échéant de l'unité de soins est disponible pour les familles.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.62	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.33	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.44	
<b>Explication :</b> Ce critère est pris en compte par le critère 1.5.1 (livret d'accueil), il est donc redondant.			
<b>Critère 1.5.11</b>	Le patient et/ou sa famille est informé sur comment prendre soin de ses affaires personnelles.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.44	
<b>Pertinence</b>	3.42	4.00	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.88	
<b>Critère 1.5.12</b>	Le patient et/ou sa famille est informé au besoin de la disponibilité des conseillers religieux ou laïcs et d'un endroit de culte au sein de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.33	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.66	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.66	
<b>Modification 1.5.12</b>			
Le patient et/ou sa famille est informé de la disponibilité des conseillers religieux ou laïcs et de l'existence d'un endroit de culte au sein de l'hôpital.			
<b>Ajout de critères soumis par les informateurs-clés :</b>			
1.5.13	Le patient et sa famille sont informés de la disponibilité des endroits réservés à la cuisine et au repos au sein de l'hôpital.		
1.5.14	Le patient et sa famille sont informés de la disponibilité des endroits réservés pour la poubelle au niveau de l'unité de soins.		
<b>Norme 1.6</b>	Des médicaments d'urgence et des consommables (seringues, gants à usage unique, etc.) sont disponibles dans l'unité de soins.		
<b>Modification 1.6 : Des médicaments d'urgence et des « consommables médicaux » sont disponibles dans l'unité de soins.</b>			
<b>Explication :</b> Cette modification rend la norme plus claire.			
<b>NB :</b> « consommables médicaux » est le terme couramment utilisé dans les services de santé au Burkina Faso. Ils concernent certains produits pharmaceutiques et matériels médicaux à usage unique comme les seringues, gants, compresses, sparadrap, spéculums etc.			

<b>Critère 1.6.1</b>	L'unité de soins est dotée mensuellement de médicaments d'urgence et de consommables en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.09	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.72	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.72	

**Modification 1.6.1 (critère scindé en deux)**

**1.6.1** L'unité de soins est dotée périodiquement de médicaments d'urgence en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.

**1.6.2** L'unité de soins est dotée périodiquement de consommables médicaux en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.

<b>Critère 1.6.2</b>	Une trousse de médicaments d'urgence existe dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.46	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.80	<b>Critère validé (devient 1.6.3)</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.80	

<b>Critère 1.6.3</b>	Les médicaments de la trousse d'urgence sont répertoriés sur support écrit et remis à jour après chaque utilisation.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.72	<b>Critère validé (devient 1.6.4)</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.72	

<b>Critère 1.6.4</b>	Le contrôle de la date de péremption des médicaments est assuré.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.30	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.30	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.30	

**Explication :** Le critère 1.6.3 (devenu 1.6.4) intègre ce critère (redondance).

<b>Critère 1.6.5</b>	En cas de commande urgente de médicaments et de consommables, une dotation est faite dans un délai de deux heures.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.40	2.50	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.20	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.30	

**Modification 1.6.5**

En cas de commande urgente de médicaments et/ou de consommables médicaux, la livraison est faite dans un délai maximum de deux heures.

<b>Critère 1.6.6</b>	L'armoire de rangement des médicaments et des consommables se ferme à clé, permettant d'assurer la sécurité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.86	4.00	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	4.00	
<b>Critère 1.6.7</b>	Les modalités de conservation des médicaments sont respectées.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.50	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.90	

**Ajout de critères soumis par les informateurs-clés :**

1.6.8 La trousse des médicaments d'urgence est accessible à l'équipe de soins.

1.6.9 Les médicaments de la trousse d'urgence sont entreposés de telle sorte qu'ils sont facilement identifiables.

#### *4.1.2 La dimension II : Gestion de l'unité de soins*

Au niveau de cette dimension, sept normes et 30 critères ont été énoncés, soit : la planification des activités de soins pour fins de coordination (3 critères); la répartition journalière du personnel soignant (7 critères); la gestion de l'unité de soins par un infirmier responsable (4 critères); la disponibilité de la description de postes (4 critères); la gestion des horaires de l'équipe de soins (4 critères); la gestion de l'occupation des lits (4 critères) et enfin l'adéquation entre le matériel de bureau et les besoins du personnel de l'unité de soins (4 critères).

Le Tableau 7 présente les résultats de la première phase de validation de la dimension : « Gestion de l'unité de soins ». Quelques faits saillants précèdent celui-ci.

Des sept normes et des 30 critères définis dans la dimension portant sur la gestion de l'unité de soins, six normes et 17 critères furent jugés valides. Toutefois, la norme 2.3 et les critères 2.2.7, 2.4.2 et 2.7.1 ont subi de légères modifications. Afin de répondre à un besoin de clarté, la norme 2.3, initialement intitulée « La gestion de l'unité de soins est garantie par un infirmier responsable en absence du surveillant d'unité de soins » a été, à la lumière des commentaires des informateurs-clés, reformulée comme suit : « En absence du surveillant d'unité de soins, la gestion de l'unité de soins est assurée par un infirmier nommément désigné ». En ce qui concerne, les critères 2.2.7 et 2.7.1, les modifications apportées visent à les rendre plus explicites. Pourtant, celle faite au niveau du critère 2.4.2 indique la difficulté à cerner la notion d'imputabilité dans une équipe de soins, d'où l'importance de supprimer cette notion de l'énoncé.

Quant à la norme 2.1 et ses trois critères rattachés portant sur la planification et la coordination, par le surveillant, des activités de soins des patients, certains informateurs-clés ont proposé leur suppression. La raison invoquée est que cette norme et ses critères prêtent à confusion avec la norme 1.1, relative à la prise en charge du patient et traitant également de la planification journalière des activités de soins. L'investigatrice a donc jugé judicieux de les supprimer. De plus, le critère 2.2.1 n'ayant pas atteint le niveau de consensus requis au niveau des deux groupes tant pour la clarté, la pertinence et l'importance, a été également retiré sur la base des recommandations des informateurs-clés. En effet, la quasi-totalité des informateurs-clés indique que le critère

2.2.1 n'est pas réaliste car les admissions sont difficilement prévisibles; ce critère exigeait que la disponibilité du personnel soignant soit programmée en fonction des admissions prévues dans l'unité de soins. Cependant, l'investigatrice reconnaît avoir posé un jugement très hâtif au sujet de la norme 2.1 et de ses trois critères (2.1.1, 2.1.2 et 2.1.3), ce qui constitue probablement une erreur de sa part. En effet, elle aurait dû les reformuler afin de les soumettre à nouveau aux informateurs-clés dans le cadre de la deuxième validation. Ainsi ces critères auraient peut-être eu la chance d'être validés à la deuxième consultation !

Les informateurs-clés ont cependant suggéré la modification et la soumission à validation, de neuf critères. Ils ont également recommandé de soumettre à la deuxième phase de validation, les critères 2.4.5 et 2.5.5 ajoutés par eux.

Tableau 7

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 2 : GESTION DE L'UNITÉ DE SOINS

<b>DIMENSION 2 : Gestion de l'unité de soins</b>			
<b>Norme 2.1</b>	Le surveillant d'unité de soins planifie quotidiennement les activités de soins des patients afin de coordonner l'ensemble des activités de soins ( <b>norme rejetée</b> )		
<b>Explication :</b>	La norme a été rejetée car elle est confuse à la norme 1.1		
<b>Critère 2.1.1</b>	Le surveillant d'unité de soins planifie le contact avec chaque patient dans les deux heures qui suivent le début de son service.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.35	2.45	
<b>Pertinence</b>	3.50	3.22	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.50	3.55	

**Explication** : critère non explicite.

<b>Critère 2.1.2</b>	Un support écrit servant à l'attribution nominative des activités de soins pour chaque relève d'équipe existe au sein de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	2.86	2.90	
<b>Pertinence</b>	3.69	3.70	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.69	3.90	

**Explication** : Critère non explicite.

<b>Critère 2.1.3</b>	L'attribution des activités de soins pour chaque relève d'équipe est faite en fonction : de la qualification (degré de compétence) du personnel soignant; de l'effectif de l'équipe; des besoins des patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.13	2.90	
<b>Pertinence</b>	3.33	3.22	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.44	

**Explication** : critère non explicite et non pertinent.

**Norme 2.2** La répartition journalière du personnel soignant est réalisée de manière adéquate par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant.

<b>Critère 2.2.1</b>	La disponibilité du personnel soignant est programmée en fonction des admissions prévues dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	2.85	3.00	
<b>Pertinence</b>	3.00	2.85	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.07	3.27	

**Explication** : Ce critère n'est pas réaliste dans le contexte du Burkina Faso car les admissions sont difficilement prévisibles.

<b>Critère 2.2.2</b>	Le planning horaire du personnel de l'unité est agencé de manière à tenir compte d'un équilibre journalier dans la qualification du personnel présent.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	2.81	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.09	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.45	

**Modification 2.2.2**

La répartition journalière du personnel soignant en équipes tient compte de la qualification des différentes catégories professionnelles présentes dans l'unité de soins.

<b>Critère 2.2.3</b>	La répartition du personnel soignant est réalisée de manière systématique par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.30	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.27	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.63	

**Modification 2.2.3**

La répartition du personnel soignant aux postes de soins par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant est systématique.

	Critère 2.2.4 La répartition journalière du personnel soignant reprend toutes les personnes prévues sur le planning horaire excepté le surveillant d'unité.		
	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
Clarté	3.80	3.18	
Pertinence	3.40	3.27	Critère à modifier et à soumettre de nouveau
Importance	3.46	3.54	

**Modification 2.2.4**

Tout le personnel soignant prévu dans le planning des 24 heures est reparti dans les équipes de soins, excepté le surveillant ou son remplaçant.

	Critère 2.2.5 La répartition journalière précise le nom de l'infirmier responsable dans chaque équipe de soins.		
	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
Clarté	3.78	3.36	
Pertinence	3.57	3.45	Critère à modifier et à soumettre de nouveau
Importance	3.71	3.63	

**Modification 2.2.5**

Un infirmier nommé désigné est responsable dans chaque équipe de soins.

	Critère 2.2.6 Chaque équipe de soins reçoit le mandat de réaliser l'ensemble des activités de soins en réponse aux besoins des patients qui lui sont assignés (soins infirmiers intégrés).		
	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
Clarté	3.93	3.18	
Pertinence	3.86	3.20	Critère à modifier et à soumettre de nouveau
Importance	3.93	3.90	

**Modification 2.2.6**

Chaque équipe de soins est responsable de l'ensemble des activités de soins en réponse aux besoins des patients qui lui sont assignés pendant son service (soins infirmiers intégrés).

	Critère 2.2.7 En cas d'absence imprévue d'un membre de l'équipe de soins, une modification écrite de la répartition du travail doit être établie.		
	Groupe 1 (CH)	Groupe 2 (ENSP, DC)	Décision
Clarté	3.66	3.50	
Pertinence	3.66	3.63	Critère validé et légère modification apportée
Importance	3.73	3.90	a posteriori

2.2.7 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

En cas d'absence imprévue d'un membre de l'équipe de soins, une modification écrite de la répartition du travail est établie.

**Explication** : Rendre le critère plus clair.

<b>Norme 2.3</b>	La gestion de l'unité de soins est garantie par un infirmier responsable en absence du surveillant d'unité de soins.		
<b>Modification 2.3:</b>	En absence du surveillant d'unité de soins, la gestion de l'unité de soins est assurée par un infirmier nommé désigné.		
<b>Explication :</b>	Rendre la norme plus claire.		
<b>Critère 2.3.1</b>	La prise en charge de la gestion de l'unité de soins est assurée par un infirmier délégué et ce, en cas d'absence du surveillant d'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.63	
<b>Critère 2.3.2</b>	L'équipe de soins connaît l'infirmier délégué en cas d'absence du surveillant d'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.60	
<b>Critère 2.3.3</b>	La communication au sujet de la gestion de l'unité de soins s'établit entre le surveillant d'unité de soins et son remplaçant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.66	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.77	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	4.00	
<b>Critère 2.3.4</b>	Un support écrit sur les points relatifs à la gestion de l'unité de soins est mis à la disposition de l'infirmier remplaçant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.50	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.50	
<b>Norme 2.4</b>	La description de postes du personnel soignant est disponible dans l'unité de soins.		
<b>Critère 2.4.1</b>	La description de postes est rédigée par le surveillant d'unité pour toutes les catégories de personnels exerçant sous sa responsabilité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.70	
<b>Critère 2.4.2</b>	La description de poste situe le niveau d'autorité, de responsabilité et d'imputabilité de chaque agent.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.63	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.63	<b>a posteriori</b>

2.4.2 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

La description de poste situe le niveau d'autorité et de responsabilité de chaque agent.

**Explication :** L'imputabilité est difficile à cerner dans une équipe de soins.

<b>Critère 2.4.3</b>	Un support de description de poste de chaque membre de l'équipe soignante (attaché de santé, IDE, SF, IB, AA, ...) est mis à la disposition du personnel de l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	

**Critère 2.4.4** La description de postes de l'ensemble du personnel soignant est connu du médecin-chef de l'unité.

	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.72	

#### **Ajout de critère soumis par les informateurs-clés**

2.4.5 La description de postes est validée par l'ensemble du personnel de l'unité de soins.

**Norme 2.5** La gestion des horaires de l'équipe de soins est adéquate dans l'unité.

**Critère 2.5.1** Le planning horaire de l'équipe de soins est établi pour une durée de prestations d'au moins quinze jours.

	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.53	3.18	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.60	3.54	

#### **Modification 2.5.1**

Le planning horaire de l'équipe de soins est établi pour une durée de prestations d'un mois.

**Critère 2.5.2** Le planning horaire du personnel soignant est affiché dans l'unité de soins.

	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.90	

**Critère 2.5.3.** La programmation des congés annuels du personnel soignant considère un agent en congé par mois.

	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.66	
<b>Pertinence</b>	3.33	3.10	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.80	

#### **Modification 2.5.3**

La programmation des congés annuels du personnel soignant prévoit au plus deux agents en congé par mois, indépendamment de l'effectif du personnel et des statistiques sur la fréquentation de l'unité de soins.

<b>Critère 2.5.4</b>	Un tableau de bord indique le mouvement (congé, permission, formation) du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.81	

**Ajout de critère soumis par les informateurs-clés.**

2.5.5 Un cahier de présence est initié permettant la gestion du taux d'absentéisme du personnel.

<b>Norme 2.6</b>	La gestion de l'occupation des lits est adéquate.		
<b>Critère 2.6.1</b>	La programmation des admissions prévisibles est transmise à l'unité de soins au moins la veille du jour des admissions.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.57	3.66	
<b>Pertinence</b>	3.28	3.33	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.42	3.55	

**Modification 2.6.1**

La programmation des admissions prévisibles (chirurgie) est transmise à l'unité de soins au moins la veille du jour des admissions.

<b>Critère 2.6.2</b>	Les données relatives à la programmation des admissions des patients indiquent : le nombre d'admissions; l'identification des patients (nom, prénom, date de naissance, etc.); le diagnostic ou le motif d'hospitalisation.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.55	
<b>Pertinence</b>	3.33	3.66	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.43	3.77	

**Modification 2.6.2**

Les données relatives à la programmation des admissions prévisibles (chirurgie) des patients indiquent : le nombre d'admissions; l'identification des patients (nom, prénom, date de naissance, etc.); le diagnostic ou le motif d'hospitalisation.

<b>Critère 2.6.3</b>	La répartition des patients par chambre dans l'unité de soins tient compte de l'état de contamination, de l'état mental et physique du patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.70	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.50	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.60	

<b>Critère 2.6.4</b>	L'unité de soins possède un tableau qui permet de repérer rapidement la situation géographique des patients dans le service.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.50	
<b>Pertinence</b>	3.53	3.40	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.53	3.40	

<b>Norme 2.7</b>	Le matériel de bureau de l'unité de soins correspond aux besoins du personnel infirmier.		
<b>Critère 2.7.1</b>	Les documents administratifs sont dotés en quantité suffisante de manière constante.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.46	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.90	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.90	<b>a posteriori</b>
2.7.1 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. L'unité de soins est dotée en documents administratifs en quantité suffisante selon ses besoins.			
<b>Explication : Rendre le critère plus clair.</b>			
<b>Critère 2.7.2</b>	L'unité de soins dispose de classeurs ou tout autre système avec moyen d'étiquetage afin de faciliter une tenue correcte des informations écrites.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.63	
<b>Critère 2.7.3</b>	L'unité de soins assure un système de rangement rationnel des documents administratifs permettant de repérer facilement chaque type de document.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.57	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.84	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.84	3.90	
<b>Critère 2.7.4</b>	Les documents administratifs sont accessibles à l'équipe de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.90	

#### 4.1.3 La dimension 3 : Communication-information

La dimension de la communication-information compte cinq normes et 24 critères, soit : la gestion des informations écrites opérationnalisée par six critères; l'existence de la communication orale et écrite (7 critères); l'existence de la réunion de l'équipe soignante (4 critères); l'existence de la communication entre médecins et infirmiers

(5 critères) ainsi que les connaissances du personnel infirmier quant aux mesures préventives et correctives en cas de danger (2 critères).

Le Tableau 8 présente les résultats de la première phase de validation de cette dimension. Des faits saillants précèdent ce dernier.

En ce qui concerne la dimension de la communication-information, les cinq normes et 17 critères sur 24 furent jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés. Trois critères des 17 ont subi de légères modifications. Ainsi, il a été suggéré d'ajouter au critère 3.1.3, portant sur les notes de service de l'année en cours, l'adjectif « classées » à la suite de « centralisées. Aussi, le critère 3.1.6 a été revu pour raison de manque de clarté. De plus, la plupart des informateurs-clés a trouvé pertinent qu'une copie du compte rendu de la réunion mensuelle de l'équipe soignante soit également transmise au directeur des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO), indépendamment du médecin-chef de l'unité de soins. Ceci explique l'ajout du terme « DSIO » à la formulation initiale du critère 3.3.3.

En outre, six des 24 critères ont été reformulés et ont fait partie du deuxième questionnaire de validation. Par contre, un seul critère (3.2.1) a été rejeté. Les informateurs-clés ont, en effet, jugé que la rédaction de notes au regard de l'évolution de l'état sanitaire des patients était prise en compte par le critère 3.2.3. Par ailleurs, les

informateurs-clés ont trouvé judicieux d'ajouter les critères 3.1.7, 3.1.8 et 3.1.9 à la deuxième phase de validation.

Tableau 8

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 3 : COMMUNICATION-INFORMATION

<b>DIMENSION 3 : Communication-information</b>			
<b>Norme 3.1</b>	L'ensemble des informations écrites est diffusé, centralisé et accessible au sein de l'unité.		
<b>Critère 3.1.1</b>	L'unité de soins possède un tableau d'affichage accessible à tout le personnel.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.81	
<b>Critère 3.1.2</b>	Les notes de service du mois en cours sont affichées.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.80	
<b>Critère 3.1.3</b>	Les notes de service de l'année en cours sont centralisées dans une chemise.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.70	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.70	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.80	<b>a posteriori</b>
3.1.3 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Les notes de service de l'année en cours sont centralisées et classées dans une chemise. <b>Explication</b> : Rendre l'accessibilité des notes de service plus facile.			
<b>Critère 3.1.4</b>	Les notes de service de l'année en cours sont accessibles à toute l'équipe de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.90	

<b>Critère 3.1.5</b>	Toute information écrite et affichée est lisible, datée et signée.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.80	

<b>Critère 3.1.6</b>	Un recueil des règlements d'ordre intérieur émanant de l'institution existe au sein de l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.40	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.80	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.80	<b>a posteriori</b>

3.1.6 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Le règlement intérieur de l'hôpital est accessible à tout le personnel de l'unité de soins.

**Explication** : Rendre le critère plus clair.

#### **Ajout de critères soumis par les informateurs-clés**

3.1.7 Le document portant projet d'établissement est accessible à tout le personnel de l'unité de soins.

3.1.8 Le manuel de procédures portant sur l'hygiène hospitalière est accessible à tout le personnel de l'unité de soins

3.1.9 Les compte rendus ou procès verbaux de réunions sont répertoriés et classés.

<b>Norme 3.2</b>	La communication orale et écrite concernant les patients existent dans l'unité de soins.		
------------------	--	--	--

<b>Critère 3.2.1</b>	Des notes sur l'évolution de l'état sanitaire des patients sont rédigées à la fin de service de chaque équipe.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.53	3.30	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.60	3.60	

**Explication** : Ce critère est redondant car il est pris en compte par le critère 3.2.3.

<b>Critère 3.2.2</b>	Un rapport oral existe à chaque changement d'équipes, sur l'évolution de l'état sanitaire des patients de l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.90	

<b>Critère 3.2.3</b>	Un rapport écrit existe à chaque changement d'équipes, sur l'évolution de l'état des patients de l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.72	

---

<b>Critère 3.2.4</b>	La communication orale est facilitée à chaque changement d'équipes par l'utilisation d'un recouvrement horaire minimal de 15 minutes entre les deux équipes de travail.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.42	3.27	
<b>Pertinence</b>	3.50	3.54	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.81	

**Modification 3.2.4**

La communication orale est facilitée à chaque changement d'équipes par l'utilisation d'un temps formel de chevauchement (15 minutes minimum) entre les deux équipes de travail.

---

<b>Critère 3.2.5</b>	Lors d'un transfert du patient par l'unité des urgences, une transmission écrite des informations est planifiée pour l'infirmier de l'unité d'accueil.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.36	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.45	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.72	

**Modification 3.2.5**

Les patients transférés des urgences vers les unités de soins sont accompagnés d'une fiche de transmission décrivant des informations nécessaires pour l'infirmier de l'unité d'accueil.

---

<b>Critère 3.2.6</b>	Les informations écrites sur le patient en transfert comprennent au moins: les soins Infirmiers administrés et programmés; les examens médicaux de diagnostic faits et programmés; le traitement médical administré et programmé; l'état de santé du patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.27	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.54	

**Modification 3.2.6**

Les informations écrites sur le patient transféré des urgences vers les unités de soins comprennent au moins : les soins infirmiers administrés et programmés; les examens médicaux de diagnostic faits et programmés; le traitement médical administré et programmé; l'état de santé du patient.

---

<b>Critère 3.2.7</b>	Il y a des réunions formelles orientées vers les soins d'un patient ou d'un groupe de patients ou encore portant sur un problème relié aux soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.36	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.53	3.63	

**Modification 3.2.7**

L'équipe de soins tient une fois par semaine un staff infirmier portant sur un problème relié aux soins.

---

<b>Norme 3.3</b>	La réunion de l'équipe soignante existe dans l'unité de soins.		
<b>Critère 3.3.1</b>	Le surveillant d'unité de soins organise au moins une fois par mois une réunion formelle avec l'équipe soignante.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.76	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.84	3.90	
<b>Critère 3.3.2</b>	La réunion de l'équipe soignante fait l'objet d'un compte rendu écrit.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.61	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	
<b>Critère 3.3.3</b>	Une copie du compte rendu de la réunion mensuelle est transmise au médecin-chef pour information.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.69	3.54	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.81	<b>a posteriori.</b>
3.3.3 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Une copie du compte rendu de la réunion mensuelle est transmise au médecin-chef et au directeur des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO).			
<b>Explication :</b> Le DSIO doit être tenu au courant des contenus des réunions mensuelles de l'équipe soignante.			
<b>Critère 3.3.4</b>	Un processus de suivi des décisions prises lors des réunions mensuelles est mis en place pour assurer l'exécution de ces décisions.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.50	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.57	3.72	
<b>Norme 3.4</b>	La communication entre médecins et infirmiers existe dans l'unité.		
<b>Critère 3.4.1</b>	Le personnel médical est informé du planning horaire et de la répartition des tâches du personnel infirmier.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.72	
<b>Critère 3.4.2</b>	Une concertation au sujet du planning horaire existe en cas de participation du médecin à un soin (visualisation d'un site de ponction, d'une plaie traumatique ou chirurgicale, etc.).		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.53	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.40	3.45	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.33	3.72	

**Modification 3.4.2**

Une concertation entre médecin et équipe soignante existe en cas de participation du médecin à un soin (visualisation d'un site de ponction, d'une plaie traumatique ou chirurgicale, etc.).

<b>Critère 3.4.3</b>	Un document reprenant les renseignements nécessaires en cas de besoins de contact du personnel médical de l'unité existe.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.40	3.09	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.45	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.54	

**Modification 3.4.3**

Une liste d'adresses du personnel médical de l'unité de soins est disponible.

<b>Critère 3.4.4</b>	Tout membre de l'équipe soignante de service connaît les coordonnées des médecins de garde dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.90	

<b>Critère 3.4.5</b>	Le personnel infirmier peut contacter rapidement le personnel médical de l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.80	

**Norme 3.5** Le personnel de l'unité connaît les mesures préventives et correctives en cas de dangers (incendie, violence physique, etc.)

<b>Critère 3.5.1</b>	Un manuel de procédures relatif aux mesures à appliquer en cas de dangers existe dans l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.81	

<b>Critère 3.5.2</b>	Tout membre de l'équipe de soins peut nommer les mesures préventives et correctives à appliquer en cas de dangers dans l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.81	

#### 4.1.4 La dimension 4 : Collaboration interprofessionnelle

Cette dimension comporte cinq normes et 21 critères, soit : l'existence de la collaboration, d'une part entre le personnel médical et le personnel infirmier (3 critères), d'autre part entre les services médico-techniques, administratifs, logistiques et autres unités (8 critères) et finalement entre l'unité de soins et les différents corps de métier (4 critères); la disponibilité d'un service de brancardage (3 critères) et l'adéquation de la programmation des examens médicaux (3 critères).

Le Tableau 9 présente les résultats de la première phase de validation obtenus dans cette dimension. Quelques points saillants précèdent ce tableau.

Concernant les cinq normes et les 21 critères portant sur la dimension de la collaboration interprofessionnelle, toutes les normes et 12 critères furent jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés. Néanmoins, la norme 4.4 et les critères 4.3.2 et 4.4.1 ont été modifiés afin de les rendre plus explicites. En effet, dans les hôpitaux du Burkina Faso, l'unité de soins ne dispose pas de service de brancardiers en tant que tel mais plutôt d'un personnel chargé du « brancardage ». De ce fait, la norme 4.4 qui s'intitulait : « En cas de besoin, l'unité de soins dispose d'un service de brancardage » a été modifiée comme suit : « L'unité de soins dispose du personnel chargé du brancardage ». Quant au critère 4.3.2, la modification apportée vise à spécifier la notion de responsabilité en remplaçant le terme initial « unité de soins » par « surveillant d'unité de soins ». Enfin, le critère 4.4.1 a été revu au niveau de sa

formulation. Il se présente dorénavant en ces termes : « Des informations écrites relatives au patient comportant son nom, les numéros de sa chambre et de son lit, son heure de transport, sa destination et son degré de mobilisation sont transmises aux brancardiers ».

Toutefois, neuf critères ont été reformulés suivant les observations des informateurs-clés et repris au niveau du deuxième questionnaire de validation.

Tableau 9

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.

**DIMENSION 4 : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**

<b>DIMENSION 4 : Collaboration interprofessionnelle</b>			
<b>Norme 4.1</b>	La collaboration entre le personnel médical et le personnel infirmier existe dans l'unité de soins.		
<b>Critère 4.1.1</b>	Il y a des cadres formels de concertation journalière entre le ou les médecins traitants et le surveillant d'unité de soins au sujet de la prise en charge des patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.72	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.72	
<b>Critère 4.1.2</b>	Il existe un cadre formel de concertation périodique entre l'équipe médicale et l'équipe soignante (au moins une fois par trimestre).		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.36	
<b>Modification 4.1.2</b>	Il existe un cadre formel de concertation mensuelle entre l'équipe médicale et l'équipe soignante.		

<b>Critère 4.1.3</b>	Le plan de soins infirmiers est pris en considération par le ou les médecins traitants dans le processus de la prise en charge du patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.93	3.50	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.60	3.80	
<b>Norme 4.2</b>	La collaboration entre les services médico-techniques, administratifs, logistiques et les autres unités existe.		
<b>Critère 4.2.1</b>	Il existe un accord écrit relatif à la coordination des activités médico-techniques et de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.61	3.36	
<b>Pertinence</b>	3.69	3.27	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.69	3.36	
<b>Modification 4.2.1</b>			
Il existe un consensus entre le surveillant d'unité de soins et le surveillant d'unité médico-technique relatif à la coordination des activités médico-techniques et de l'unité de soins.			
<b>Critère 4.2.2</b>	Il existe un cadre formel de concertation périodique entre les unités de soins et les unités médico-techniques.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.81	
<b>Critère 4.2.3</b>	Il existe un support écrit regroupant les consignes issues de ces concertations.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.72	
<b>Critère 4.2.4</b>	Lors d'un transfert de patient, le moment de transfert est déterminé en accord entre les unités de soins concernées.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.54	

<b>Critère 4.2.5</b>	Lors d'un transfert de patient, le rapport écrit au sujet de l'état de santé de patient représente le tableau de bord pour la planification et la gestion des soins de l'unité d'accueil.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.38	
<b>Pertinence</b>	3.57	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.69	3.63	
<b>Modification 4.2.5</b>			
Les informations sur l'état de santé du patient, transmises lors de son transfert constituent le tableau de bord pour la planification et la gestion des soins de l'unité d'accueil.			
<b>Critère 4.2.6</b>	L'unité de soins dispose des renseignements administratifs du patient dans l'heure qui suit son admission.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.90	
<b>Critère 4.2.7</b>	Les renseignements administratifs comprennent au moins : nom et prénom du patient; date de naissance; numéro de dossier; coordonnées de la personne à avertir.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.63	
<b>Modification 4.2.7</b>			
Les renseignements administratifs sur le patient comprennent au moins: nom et prénom du patient; date et lieu de naissance; profession et adresse; numéro de dossier; coordonnées de la personne à avertir.			
<b>Critère 4.2.8</b>	Lors de la survenue d'un problème relatif à un dysfonctionnement organisationnel continu d'une des unités, impliquant une non coordination de plusieurs unités, une concertation inter-unités est planifiée entre les personnes responsables dans un délai de cinq jours.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.30	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.54	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.63	
<b>Modification 4.2.8</b>			
Lors de la survenue d'un problème relatif à un dysfonctionnement organisationnel continu d'une des unités ayant une répercussion sur plusieurs unités, une concertation inter-unités est planifiée entre les personnes responsables dans un délai raisonnable.			
<b>Norme 4.3</b>	L'unité de soins collabore avec les différents corps de métier.		
<b>Critère 4.3.1</b>	Le surveillant est averti des travaux qui ont lieu dans son unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.72	

<b>Critère 4.3.2</b>	Lors d'un problème technique urgent (défectuosité de fonctionnement dans l'équipement), l'unité de soins assure un contact avec le corps de métier concerné dans un délai de 24 heures.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.45	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.72	<b>a posteriori</b>

4.3.2 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Lors de la survenue d'un problème technique urgent, le surveillant d'unité de soins assure un contact avec le corps de métier concerné dans un délai de 24 heures.

**Explication** : Rendre le critère plus clair en faisant ressortir la notion de responsabilité.

<b>Critère 4.3.3</b>	L'équipe de soins organise l'établissement des bons de commande de réparation dans la semaine pour une demande « non urgente ».		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.50	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.14	3.27	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.72	

#### **Modification 4.3.3**

Le surveillant d'unité de soins établit les bons de commande de réparation dans la semaine pour une demande « non urgente ».

<b>Critère 4.3.4</b>	L'équipe de soins planifie un suivi des bons de réparation dans les 24 heures pour une demande « urgente » et dans la semaine pour une demande « non urgente ».		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.42	3.36	
<b>Pertinence</b>	3.50	3.20	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.50	3.70	

#### **Modification 4.3.4**

Le surveillant d'unité de soins planifie un suivi des bons de réparation dans les 24 heures pour une demande « urgente » et dans la semaine pour une demande « non urgente ».

**Norme 4.4** En cas de besoin, l'unité de soins dispose d'un service de brancardage.

**Modification 4.4** L'unité de soins dispose de personnel chargé du brancardage.

**Explication** : Rendre la norme plus claire.

<b>Critère 4.4.1</b>	Des informations écrites sur le degré de mobilisation du patient; le numéro de sa chambre, de son lit ainsi que sur son nom, sa destination et l'heure du transport sont transmises aux brancardiers.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.54	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.90	<b>a posteriori</b>

4.4.1 : Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Des informations écrites relatives au patient comportant son nom, les numéros de sa chambre et de son lit, son heure de transport, sa destination et son degré de mobilisation sont transmises aux brancardiers.

**Explication** : Rendre le critère plus clair.

<b>Critère 4.4.2</b>	L'horaire des brancardiers est connu de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.60	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.81	
<b>Critère 4.4.3</b>	Les brancardiers accompagnent les patients dans leurs déplacements vers d'autres secteurs de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.27	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.11	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.33	
<b>Modification 4.4.3</b>			
Les brancardiers participent à l'orientation des patients dans leurs déplacements vers d'autres secteurs de l'hôpital.			
<b>Norme 4.5</b>	La programmation des examens médicaux des patients est adéquate.		
<b>Critère 4.5.1</b>	Un profil des examens usuels par pathologie existe sur support écrit au sein de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.36	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.80	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.80	
<b>Modification 4.5.1</b>			
Une liste des examens essentiels par pathologie existe sur support écrit au sein de l'unité de soins.			
<b>Critère 4.5.2</b>	La planification des examens médicaux respecte les principes de base tels que : la séquence des examens; l'état de santé du patient; l'ordre de priorité d'urgence ou non en fonction de l'état de santé du patient; l'ordre des examens en fonction des protocoles de préparation (exemple, une urographie I.V. est programmée avant un lavement baryté).		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.53	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.66	3.72	
<b>Critère 4.5.3</b>	Lors de l'annulation d'un examen, l'unité de soins informe dans un bref délai le service médico-technique.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.45	

#### 4.1.5 La dimension 5 : Formation

La cinquième dimension portant sur la formation, comprend cinq normes et 35 critères qui se présentent comme suit: l'accessibilité des activités de formation continue du personnel soignant (8 critères); l'existence des modalités d'accueil et d'intégration du nouveau personnel (6 critères); la disponibilité des protocoles de soins (9 critères); l'organisation de l'évaluation des compétences du personnel soignant (6 critères) et l'encadrement des étudiants infirmiers (6 critères).

Le Tableau 10 présente les résultats de la première phase de validation de cette dimension. Il est précédé de quelques points saillants.

En ce qui concerne la dimension de la formation, les cinq normes et 33 critères des 35 soumis furent jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés. Toutefois, les critères 5.1.7, 5.1.8, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6 ont subi de légères modifications. Initialement intitulé, « Un centre de documentation disposant de la documentation en soins infirmiers est fonctionnel au sein de l'hôpital », il a été proposé d'ajouter au critère 5.1.7, le terme « obstétricaux » à la suite de « soins infirmiers » afin que le centre de documentation soit aussi accessible au personnel sage-femme. Au niveau du critère 5.1.8, il a été suggéré de parler plutôt de conditions d'exploitation du centre de documentation, lesquelles incluent les heures d'ouverture. Pour des raisons de convenance et afin de rester congruent avec les critères 5.2.1 et 5.2.2, la plupart des informateurs-clés ont suggéré que les critères 5.2.3, 5.2.4 et 5.2.5 privilégient le terme

« agent » en lieu et place d'« employé ». Enfin, en vue de clarifier davantage le critère 5.2.6, celui-ci a été revu au niveau de sa formulation en faisant ressortir la notion de « qualification ».

Les critères 5.4.4 et 5.4.5 ont été reformulés et soumis à une deuxième phase de validation ainsi que les nouveaux critères 5.3.10, 5.3.11, 5.3.12, 5.5.7 et 5.5.8 ajoutés par les informateurs-clés.

Tableau 10

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 5 : FORMATION

<b>DIMENSION 5 : Formation</b>			
<b>Norme 5.1</b>	L'accès à des activités de formation continue est facilité pour l'ensemble du personnel soignant.		
<b>Critère 5.1.1</b>	Des activités de formation continue correspondant aux besoins de formation du personnel soignant sont réalisées périodiquement (au moins une fois par trimestre) auprès de l'ensemble du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.46	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.90	
<b>Critère 5.1.2</b>	Le plan de formation de la Direction des soins infirmiers et obstétricaux prévoit une formation de l'ensemble du personnel soignant sur l'accueil.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.60	

<b>Critère 5.1.3</b>	Le programme des formations organisées par la Direction des soins infirmiers et obstétricaux est affiché dans l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.42	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.42	3.80	
<b>Critère 5.1.4</b>	Le personnel soignant de l'unité participe aux séances de formation continue.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.90	
<b>Critère 5.1.5</b>	Le surveillant établit l'horaire du personnel de l'unité en fonction du planning des séances de formation.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.70	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.70	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.70	
<b>Critère 5.1.6</b>	Le surveillant encourage la promotion de l'auto apprentissage dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.60	3.90	
<b>Critère 5.1.7</b>	Un centre de documentation disposant de la documentation en soins infirmiers est fonctionnel au sein de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	4.00	
<b>Pertinence</b>	3.86	4.00	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	4.00	<b>a posteriori</b>
5.1.7 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.			
Un centre de documentation disposant de la documentation en soins infirmiers et obstétricaux est fonctionnel au sein de l'hôpital.			
<b>Explication</b> : Permettre l'accessibilité du centre de documentation au personnel sage-femme.			
<b>Critère 5.1.8</b>	Le personnel soignant est informé de l'existence d'un centre de documentation au sein de l'hôpital et de ses heures d'ouverture.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.90	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.90	<b>a posteriori</b>
5.1.8 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.			
Le personnel soignant est informé de l'existence d'un centre de documentation au sein de l'hôpital et de ses conditions d'exploitation.			
<b>Explication</b> : Préférer les conditions d'exploitation qui intègrent les heures d'ouverture.			

<b>Norme 5.2</b>	Des modalités d'accueil et d'intégration du nouveau personnel existent dans l'unité de soins.		
<b>Critère 5.2.1</b>	Le surveillant d'unité de soins, lors de l'entrée en fonction d'un nouvel agent, est averti de la date et de l'heure d'arrivée.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.60	3.60	
<b>Critère 5.2.2</b>	Le surveillant d'unité de soins prévoit l'accueil du nouvel agent dans l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.40	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.60	
<b>Critère 5.2.3</b>	Le surveillant d'unité prévoit l'information relative à l'organisation générale de l'unité de soins au cours de la première semaine de présence d'un nouvel employé dans l'équipe soignante.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.44	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.40	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.40	<b>a posteriori</b>
5.2.3 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Le surveillant d'unité prévoit l'information relative à l'organisation générale de l'unité de soins au cours de la première semaine de présence d'un nouveau agent dans l'équipe soignante. <b>Explication</b> : Rester congruent avec les critères 5.2.1 et 5.2.2 en utilisant le même terme « agent ».			
<b>Critère 5.2.4</b>	Un support écrit relatif à l'organisation générale de l'unité de soins est mis à la disposition de tout nouvel employé.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.70	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.70	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.80	<b>a posteriori</b>
5.2.4 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Un support écrit relatif à l'organisation générale de l'unité de soins est mis à la disposition de tout nouvel agent. <b>Explication</b> : Rester congruent avec les critères 5.2.1 et 5.2.2 en utilisant le même terme « agent ».			
<b>Critère 5.2.5</b>	Le surveillant d'unité prévoit un encadrement personnalisé du nouvel employé afin de faciliter son adaptation graduelle à la culture de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.77	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.88	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.88	<b>a posteriori</b>

---

**5.2.5 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.**

Le surveillant d'unité prévoit un encadrement personnalisé du nouvel agent afin de faciliter son adaptation graduelle à la culture de l'unité de soins.

**Explication** : Rester congruent avec les critères 5.2.1. et 5.2.2. en utilisant le même terme « agent ».

<b>Critère 5.2.6</b>	Chaque membre de l'équipe soignante porte un badge d'identification comportant le nom et la fonction de l'intéressé.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.70	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.70	<b>a posteriori</b>
<b>5.2.6 Critère validé et légère modification apportée a posteriori</b>	Chaque membre de l'équipe soignante porte un badge d'identification comportant son nom, sa qualification et sa fonction.		
	<b>Explication</b> : Rendre le critère plus clair		
<b>Norme 5.3</b>	Des protocoles de soins sont disponibles dans l'unité de soins.		
<b>Critère 5.3.1</b>	Des protocoles de soins d'urgence sont mis à la disposition du personnel soignant		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	
<b>Critère 5.3.2</b>	Des protocoles de prise en charge de la douleur sont mis à la disposition du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.72	
<b>Critère 5.3.3</b>	Des protocoles de soins pré et post-opératoires sont mis à la disposition du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.70	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.54	
<b>Critère 5.3.4</b>	Des protocoles de soins pré et post-examens sont mis à la disposition du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.91	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.63	

<b>Critère 5.3.5</b>	Un protocole d'accueil du patient et de ses proches est mis à la disposition du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	
<b>Critère 5.3.6</b>	Un protocole de la démarche en soins infirmiers en fonction du modèle conceptuel en vigueur dans l'hôpital ou le cas échéant dans l'unité de soins est mis à la disposition du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.63	
<b>Critère 5.3.7</b>	Un protocole de prévention des escarres est mis à la disposition du personnel soignant		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.93	3.81	
<b>Critère 5.3.8</b>	Un protocole de lavage des mains existe dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.81	
<b>Critère 5.3.9</b>	Les protocoles de soins sont réactualisés au moins tous les deux ans.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.63	
<b>Ajout de critères soumis par les informateurs-clés :</b>			
5.3.10	Un protocole de pose de voie veineuse est mis à la disposition du personnel soignant		
5.3.11	Un protocole sur le traitement du matériel garantissant la sécurité des malades et du personnel soignant est disponible dans l'unité de soins.		
5.3.12	Tout le personnel soignant de l'unité est associé à la validation des protocoles de soins.		
<b>Norme 5.4</b>	Une évaluation régulière des compétences du personnel soignant est organisée dans l'unité de soins.		
<b>Critère 5.4.1</b>	L'évaluation des compétences repose sur des critères établis par écrit, par le surveillant d'unité, la direction des soins infirmiers et obstétricaux et un groupe d'experts.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.81	

<b>Critère 5.4.2</b>	Critères sont connus et acceptés par le personnel évalué.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.54	
<b>Pertinence</b>	4.00	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.54	
<b>Critère 5.4.3</b>	Le personnel soignant est évalué au moins une fois par an.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.54	
<b>Critère 5.4.4</b>	L'évaluation des compétences permet d'identifier les besoins de formation du personnel soignant de l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.64	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.36	
<b>Modification 5.4.4</b>			
Des besoins de formation du personnel soignant sont identifiés sur base de l'évaluation des compétences.			
<b>Critère 5.4.5</b>	La formulation d'objectif(s) de maintien et de renforcement du niveau de compétences du personnel soignant fait partie des objectifs de l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.36	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.36	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.36	
<b>Modification 5.4.5</b>			
Des objectifs sont définis en vue de renforcer le niveau de compétence du personnel soignant.			
<b>Critère 5.4.6.</b>	Des activités de formation continue et d'encadrement sont prévues pour l'atteinte de ces objectifs.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.64	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.54	
<b>Norme 5.5</b>	L'encadrement des étudiants infirmiers est assuré.		
<b>Critère 5.5.1</b>	Le surveillant(e) connaît le niveau de formation des étudiants infirmiers présents dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.81	

<b>Critère 5.5.2</b>	Le surveillant prévoit une information relative à l'organisation générale de l'unité au cours de la première journée de présence des étudiants infirmiers.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.81	
<b>Critère 5.5.3</b>	Chaque étudiant ou un groupe d'étudiants infirmiers est pris en charge par un infirmier de l'unité de soins durant tout le stage.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.81	
<b>Critère 5.5.4</b>	En début de prestations, les étudiants infirmiers disposent d'informations concernant l'état des patients à qui ils doivent dispenser les soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.72	
<b>Critère 5.5.5</b>	En fin de stage, les étudiants infirmiers sont évalués par l'infirmier ayant assuré leur encadrement dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	
<b>Critère 5.5.6</b>	L'évaluation des étudiants infirmiers en fin de stage dans l'unité de soins se fait en présence de chaque étudiant infirmier et le cas échéant en présence de l'enseignant superviseur de l'École nationale de santé publique.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.81	

**Ajout de critères soumis par les informateurs-clés :**

5.5.7 En fin de stage, une évaluation comportant le niveau de progression des étudiants infirmiers et les difficultés rencontrées est transmise par l'unité de soins à la structure en charge de la formation.

5.5.8 Les outils de gestion du stage des étudiants infirmiers (objectifs, fiches de présence, fiches d'évaluation, etc.) sont disponibles dans l'unité de soins.

*4.1.6 La dimension 6 : Gestion du matériel biomédical et de l'équipement*

Cette dimension totalise trois normes et 13 critères, soit la gestion du matériel biomédical et de l'équipement est assurée (8 critères); la sécurité du matériel

biomédical et de l'équipement est assurée (2 critères) et l'existence du matériel d'urgence (3 critères).

Le Tableau 11 présente les résultats de la première phase de validation de cette dimension, il est précédé de quelques faits saillants.

Des trois normes et des 13 critères soumis, toutes les normes et 11 critères furent jugés valides. Cela dit, les critères 6.1.4 et 6.3.2 ont subi de légères modifications. Au niveau du critère 6.1.4, il a été suggéré d'une part, d'apporter une précision quant à la périodicité de l'inventaire « trimestriel » et d'autre part, de parler « du matériel biomédical et de l'équipement ». En ce qui concerne le critère 6.3.2, les informateurs-clés ont proposé de référer uniquement à la présence d'une liste de matériel d'urgence, étant donné que les produits pharmaceutiques sont déjà pris en compte par le critère 1.6.2 de la dimension « Prise en charge du patient ». Cette observation visait aussi l'instauration d'une certaine congruence entre la norme 6.3 qui traite essentiellement du matériel d'urgence et le critère 6.3.2 qui inclut, outre le matériel, la notion de produits pharmaceutiques.

Cependant, deux (6.1.2 et 6.3.1) des 13 critères soumis ont été rejetés et un critère (6.3.4) « L'équipement de l'armoire ou de la touse d'urgence est vérifié chaque matin et chaque soir » a été ajouté au deuxième questionnaire de validation. En ce qui concerne le rejet du critère 6.1.2, la principale raison invoquée par les informateurs-

clés est le fait que ce critère réfère à un problème de disponibilité de l'équipement qui dépasse les compétences de l'unité de soins. Pour le critère 6.3.1 qui a néanmoins atteint le seuil de consensus requis (3.40/4.00), sa suppression a été recommandée par le fait qu'il présente le même contenu que la norme 6.3.

Tableau 11

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.

**DIMENSION 6: GESTION DU MATERIEL BIOMEDICAL ET DE L'EQUIPEMENT.**

<b>DIMENSION 6 : Gestion du matériel biomédical et de l'équipement</b>			
<b>Norme 6.1</b>	La gestion du matériel biomédical et de l'équipement nécessaires à la dispensation des soins est assurée.		
<b>Critère 6.1.1</b>	L'unité de soins possède un lieu de rangement permettant un accès facile à l'équipement (barreaux de lits, supports, etc.)		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.63	
<b>Critère 6.1.2</b>	Dans chaque chambre et par lit, il y a au moins une chaise.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.42	3.27	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.54	3.27	
<b>Explication :</b> Ce critère pose un problème de disponibilité qui ne dépend pas de l'unité de soins.			
<b>Critère 6.1.3</b>	Le surveillant d'unité de soins ou un infirmier délégué vérifie une fois par mois, l'intégrité de la dotation de l'équipement et du matériel de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.66	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.73	3.72	

<b>Critère 6.1.4</b>	L'unité de soins dispose d'un inventaire reprenant la dotation en matériel biomédical (appareil à aspiration, tensiomètre, etc.) et d'appoint (potences à perfusion, brancards, etc.)		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.70	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.70	<b>a posteriori</b>
6.1.4 Critère validé et légère modification apportée a posteriori			
L'unité de soins effectue un inventaire trimestriel du matériel biomédical et de l'équipement.			
<b>Explication :</b>	Rendre le critère plus clair en apportant plus de précision sur la périodicité de l'inventaire.		
<b>Critère 6.1.5</b>	La dotation en matériel biomédical et équipement de l'unité de soins est revue une fois par an en fonction des besoins d'utilisation spécifique de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.72	
<b>Critère 6.1.6</b>	En cas d'usage d'un nouveau matériel, le personnel de l'unité de soins dispose d'une procédure écrite relative au fonctionnement et aux précautions particulières à prendre.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.64	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.90	
<b>Critère 6.1.7</b>	Un répertoire de fiches techniques concernant certains matériels ou équipements, leur fonctionnement et leur entretien après usage est disponible dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	
<b>Critère 6.1.8</b>	Un matériel dysfonctionnel est réparé ou remplacé dans un délai raisonnable.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.76	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.84	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.84	3.90	
<b>Norme 6.2</b>	La sécurité du matériel biomédical et de l'équipement nécessaires à la dispensation des soins est assurée.		
<b>Critère 6.2.1</b>	Des armoires sont mises à la disposition du personnel de l'unité pour le rangement du matériel biomédical.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.72	

<b>Critère 6.2.2</b>	Les armoires de rangement du matériel biomédical se ferment à clé.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.63	
<b>Norme 6.3</b>	Le matériel d'urgence existe dans l'unité.		
<b>Critère 6.3.1</b>	Le matériel d'urgence pour les patients est disponible dans l'unité.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.40	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.50	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.50	
<b>Explication:</b> Ce critère présente le même contenu que la norme 6.3.			
<b>Critère 6.3.2</b>	Une liste de matériel et des produits pharmaceutiques est présente dans l'armoire ou dans la trousse d'urgence.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.50	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.60	<b>a posteriori.</b>
6.3.2 Critère validé et légère modification apportée a posteriori			
Une liste de matériel d'urgence est présente dans l'armoire ou dans la trousse d'urgence.			
<b>Explication :</b> Les produits pharmaceutiques sont pris en compte par le critère 1.6.2.			
<b>Critère 6.3.3</b>	L'équipement de l'armoire ou de la trousse d'urgence est vérifié une fois par mois et après chaque utilisation.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.50	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.40	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.70	
<b>Ajout de critère soumis par les informateurs-clés :</b>			
6.3.4 L'équipement de l'armoire ou de la trousse d'urgence est vérifié chaque matin et chaque soir.			

#### 4.1.7 Dimension 7: Gestion des activités hôtelières.

Au niveau de la gestion des activités hôtelières, deux normes et 19 critères ont été définis, soit l'organisation des tâches hôtelières (6 critères) et l'entretien de l'environnement physique (13 critères).

Le Tableau 12 présente les résultats de la première phase de validation de cette dimension. Quelques points saillants précèdent ce dernier.

En ce qui concerne la gestion des activités hôtelières, les deux normes et 16 des 19 critères soumis furent validés par les deux groupes d'informateurs-clés. Néanmoins, les critères 7.2.1, 7.2.2, 7.2.8 et 7.2.10 ont subi, à la lumière des recommandations des informateurs-clés, de légères modifications. Quant au critère 7.2.1, l'adjectif « garantie » a été remplacé par « assurée » pour des raisons de clarté et de convenance. Au niveau du critère 7.2.2, il a été suggéré de référer plus globalement à « l'administration des soins aux patients » plutôt qu'à « l'administration des soins infirmiers aux patients » car l'adéquation de la programmation des heures de nettoyage concerne l'ensemble des soins et non spécifiquement les soins infirmiers. La reformulation du critère 7.2.8 avait également pour objet de rendre celui-ci plus clair et mesurable. En ce qui concerne le critère 7.2.10, les commentaires des informateurs-clés visaient à le rendre plus clair en spécifiant le degré de régularité du retrait des déchets des chambres.

Il est à noter que trois critères ont été reformulés selon les propositions des informateurs-clés. De plus, un nouveau critère visant à ce que chaque patient possède un placard pour ranger ses effets personnels, a été ajouté. Tous ces critères ont été retenus pour la deuxième phase de validation.

Tableau 12

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.

**DIMENSION 7 : GESTION DES ACTIVITÉS HÔTELIÈRES**

<b>DIMENSION 7 : Gestion des activités hôtelières</b>			
<b>Norme 7.1</b>	Les tâches hôtelières sont organisées dans l'unité de soins.		
<b>Critère 7.1.1</b>	La planification de la commande des repas est assurée en fonction des consignes médicales pour les patients en régime.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.81	
<b>Critère 7.1.2</b>	L'identification du patient (nom/prénom, unité de soins, chambre, lit) est assurée sur les bons de commande de repas.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.40	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.40	3.90	
<b>Critère 7.1.3</b>	Au moment de la distribution des repas, l'infirmier de service prévoit une vérification de la conformité des régimes commandés.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	
<b>Critère 7.1.4</b>	La distribution des repas se fait conformément à un horaire déterminé.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.73	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.90	
<b>Critère 7.1.5</b>	La mise à « jeun » des patients est respectée conformément aux consignes médicales.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.50	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.80	

<b>Critère 7.1.6</b>	L'infirmier de service prévoit de jeter un regard sur le repas apporté par la famille.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.80	3.40	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.20	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.50	

**Modification 7.1.6**

L'infirmier de service prévoit de contrôler l'aspect des repas apportés par les familles en ce qui concerne les patients en régime.

<b>Norme 7.2</b>	L'entretien de l'environnement physique est assuré.		
<b>Critère 7.2.1</b>	La propreté des locaux est garantie au sein de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.70	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.40	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.70	<b>a posteriori</b>

7.2.1 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

La propreté des locaux est assurée au sein de l'unité de soins.

**Explication** : Rendre le critère plus clair.

<b>Critère 7.2.2</b>	La programmation des heures de nettoyage est adéquate en fonction de l'administration des soins infirmiers aux patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.66	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.40	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.70	<b>a posteriori</b>

7.2.2 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

La programmation des heures de nettoyage est adéquate en fonction de l'administration des soins aux patients.

**Explication** : La programmation des heures de nettoyage doit être adéquate avec l'ensemble des soins et non spécifiquement avec les soins infirmiers.

<b>Critère 7.2.3</b>	Un membre du personnel de nettoyage est disponible immédiatement en cas de besoin dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.70	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.80	

<b>Critère 7.2.4</b>	Il existe dans l'unité soins des W.C. fonctionnels pour le personnel.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.60	

<b>Critère 7.2.5</b>	Il existe dans l'unité de soins des douches fonctionnelles pour le personnel.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.70	
<b>Critère 7.2.6</b>	Il existe dans l'unité de soins des W.C. fonctionnels pour les patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.60	
<b>Critère 7.2.7</b>	Il existe dans l'unité de soins des douches fonctionnelles pour les patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.80	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.60	
<b>Critère 7.2.8</b>	L'air de la chambre de patient est exempt de fumée de cigarette.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.64	3.40	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.44	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.50	<b>a posteriori</b>
7.2.8 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.			
Il existe une consigne d'interdiction formelle de fumer dans les salles d'hospitalisation.			
<b>Explication</b> : Rendre le critère plus clair et mesurable.			
<b>Critère 7.2.9</b>	La température de la chambre est confortable pour le patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.84	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.46	3.70	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.61	3.70	
<b>Critère 7.2.10</b>	Les déchets sont régulièrement retirés de la chambre du patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.55	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.77	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.77	<b>a posteriori</b>
7.2.10 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.			
Les déchets sont retirés de la chambre du patient deux fois par jour.			
<b>Explication</b> : Rendre le critère plus clair en spécifiant le degré de régularité.			

<b>Critère 7.2.11</b>	Les poubelles de l'unité de soins sont vidées au moins deux fois par jour.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.93	3.66	
<b>Pertinence</b>	3.80	3.77	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.80	3.77	
<b>Critère 7.2.12</b>	Chaque patient hospitalisé a au maximum deux accompagnants à son chevet.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.73	3.66	
<b>Pertinence</b>	3.60	3.22	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.60	3.22	
<b>Modification 7.2.12</b>	Chaque patient hospitalisé a un seul accompagnant à son chevet.		
<b>Critère 7.2.13</b>	Les accompagnants sont sensibilisés sur le respect de l'hygiène du milieu dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.86	3.22	
<b>Pertinence</b>	3.86	3.55	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.86	3.55	
<b>Modification 7.2.13</b>	Les accompagnants sont sensibilisés sur le respect de la propreté dans l'unité de soins et dans l'ensemble de l'hôpital.		
<b>Ajout de critère soumis par les informateurs-clés :</b>			
<b>7.2.14</b>	Chaque patient possède un placard pour ranger ses effets personnels.		

#### 4.1.8 La dimension 8 : Gestion de l'imprévu

Cette dimension comporte essentiellement une seule norme, soit la capacité de l'unité de soins à gérer l'imprévu. Elle est opérationnalisée par trois critères.

Le Tableau 13 présente les résultats de la gestion de l'imprévu. Il est précédé de quelques faits saillants.

La norme et ses trois critères furent validés par les deux groupes d'informateurs-clés, exception faite du critère 8.1.2, lequel a été reformulé. En outre, deux nouveaux

critères ont été ajoutés par ces derniers. L'ensemble de ces trois critères fut soumis à la deuxième phase de validation.

Tableau 13

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la première phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 8 : GESTION DE L'IMPRÉVU

<b>DIMENSION 8 : Gestion de l'imprévu</b>			
<b>Norme 8.1</b>	L'unité de soins peut gérer l'imprévu.		
<b>Critère 8.1.1</b>	La planification d'une journée standard est disponible dans l'unité de soins (répartition horaire de l'ensemble des activités de soins réalisées au sein de l'unité).		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.50	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.60	
<b>Critère 8.1.2</b>	En cas de survenue d'événements imprévisibles dans l'unité de soins, le retard de la planification de la journée est résorbé dans un délai raisonnable.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.20	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.20	<b>Critère à modifier et à soumettre de nouveau</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.40	
<b>Modification 8.1.2</b>			
En cas de survenue d'événement imprévisible dans l'unité de soins, ledit événement est géré dans un délai raisonnable.			
<b>Critère 8.1.3.</b>	Le service des urgences planifie avec l'unité de soins le moment de transfert du patient nouvellement admis et ce, dans un délai raisonnable.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.77	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.77	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.77	
<b>Ajout de critères soumis par les informateurs-clés :</b>			
8.1.4 La planification des équipes de soins prévoit toujours du personnel de suppléance en cas de défaillance d'un membre de l'équipe.			
8.1.5 La planification des équipes prévoit des circuits de mobilisation du personnel nécessaire en cas de surcharge brutale de travail (épidémies, accidents ou autres catastrophes).			

En résumé, cette première phase de validation a permis de retenir 33 normes et 131 critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier. Tous ces critères ont été jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés avec un niveau de consensus de 3.40/4.00 ou 85 % et plus, pour la clarté, la pertinence et l'importance. Ils sont de ce fait reconnus valides pour référer à la situation idéale en matière d'organisation des services infirmiers dans le contexte des hôpitaux du Burkina Faso.

De cette première phase de validation, 11 critères ont été rejetés, 41 ont été modifiés dont un a été scindé en deux et 21 nouveaux critères ont été ajoutés par les informateurs-clés. Ces critères reformulés et ajoutés, pour un nombre total de 63, ont fait l'objet du deuxième questionnaire en vue de la seconde phase de validation.

#### **4.2 Les résultats de la deuxième phase de validation**

La deuxième phase de validation portait sur 63 critères, repartis selon les huit dimensions du cadre de référence, soit : la prise en charge du patient; la gestion de l'unité de soins; la communication-information; la collaboration interprofessionnelle; la formation; la gestion du matériel biomédical; la gestion des activités hôtelières et la gestion de l'imprévu.

Tous les informateurs-clés ont complété le deuxième questionnaire, excepté un informateur clé du deuxième groupe (un surveillant d'unité de soins) qui a été admis à

un stage de spécialisation et n'a dès lors pas participé à cette dernière phase de validation. La démarche privilégiée pour la validation de ce deuxième questionnaire a été la même que celle utilisée lors du premier questionnaire. Au total, 58 critères sur les 63 ont été validés; 11 des 58 ont subi de légères modifications. Les résultats sont compilés selon les huit dimensions et sont présentés par les Tableaux 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. Quelques points saillants précèdent chaque tableau.

#### *4.2.1 La dimension 1 : prise en charge du patient*

Au niveau de cette dimension, 19 critères étaient répartis selon cinq normes, soit : l'existence de la planification journalière des activités de soins de chaque patient (2 critères); la facilitation de l'organisation des soins infirmiers par les services médico-techniques et administratifs (3 critères); l'organisation de la visite médicale (4 critères); l'information du patient et de ses proches (5 critères) ainsi que la disponibilité des médicaments d'urgence et des consommables médicaux (5 critères).

Le Tableau 14 présente les résultats de la deuxième phase de validation pour la dimension « Prise en charge du patient ». Quelques faits saillants précèdent celui-ci.

Des 19 critères soumis aux informateurs-clés à cette dernière phase de validation, un seul a été rejeté car il semblait imposer le paravent comme seul moyen possible de protection de la pudeur du patient lors d'un examen physique pendant la visite médicale. D'autres moyens, comme des rideaux, pourraient également être utilisés.

Trois des critères validés ont subi de légères modifications pour des raisons de manque de clarté.

Tableau 14

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.

**DIMENSION 1 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

<b>Dimension 1 : Prise en charge du patient</b>			
<b>Norme 1.1</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient existe dans l'unité de soins.		
<b>Critère 1.1.3</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient est réajustée en fonction de la prescription médicale.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	
<b>Critère 1.1.5</b>	La programmation des examens comprend : la date de la demande ainsi que la date et l'heure du rendez-vous.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.81	
<b>Norme 1.3</b>	L'organisation des soins infirmiers est facilitée par des services médico-techniques et administratifs adéquats.		
<b>Critère 1.3.1</b>	Les services d'imagerie médicale sont assurés dans un délai maximum d'une heure pour tous les patients en situation d'urgence.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	
<b>Critère 1.3.2</b>	Les services d'imagerie médicale sont assurés pendant les heures ouvrables de la semaine pour tous les patients en situation non urgente.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.57	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.57	3.63	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.50	3.54	<b>a posteriori.</b>
1.3.2 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.			
Les services d'imagerie médicale sont assurés dans les 8 heures suivant l'admission du patient pour tous les patients en situation non urgente.			
<b>Explication</b> : Rendre le critère plus explicite et mesurable en faisant ressortir la notion de délai.			

<b>Critère 1.3.3</b>	Les services de laboratoire sont assurés dans un délai maximum d'une heure pour tous les patients en situation d'urgence.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	
<b>Norme 1.4</b>	La visite médicale des patients est organisée.		
<b>Critère 1.4.1</b>	Des modalités d'organisation de la visite médicale (jours, heures, procédures...) fixées par consensus entre le médecin-chef et le surveillant d'unité de soins existent.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	
<b>Critère 1.4.5</b>	Pendant la visite médicale, des paravents sont utilisés lors des examens physiques des patients.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.63	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.36	
<b>Explication :</b>	L'important est que la pudeur du patient soit protégée lors de l'examen physique pendant la visite médicale. A cet effet des moyens autres que le paravent pourraient être utilisés.		
<b>Critère 1.4.6</b>	Les consignes de la visite médicale sont enregistrées par le surveillant ou son délégué		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.90	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.90	<b>a posteriori</b>
1.4.6. Critère validé et légère modification apportée a posteriori.	Les consignes de la visite médicale sont enregistrées par le surveillant ou tout autre infirmier.		
<b>Explication :</b>	L'enregistrement des consignes de la visite médicale peut être fait par tout infirmier, membre de l'équipe de soins. Cette modification rend le critère plus clair.		
<b>Critère 1.4.7</b>	Les dossiers des patients sont mis à jour et classés après la visite médicale.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.90	

<b>Norme 1.5</b>	L'information du patient et de ses proches est régulièrement assurée au sein de l'unité de soins.		
<b>Critère 1.5.3</b>	Le patient et/ou sa famille connaît le programme des activités de soins qui le concernent dans la journée.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.50	3.63	
<b>Critère 1.5.4</b>	En cas de modification de la programmation journalière des activités de soins, le patient et/ou sa famille est informé.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.57	3.72	
<b>Critère 1.5.12</b>	Le patient et/ou sa famille est informé de la disponibilité des conseillers religieux ou laïcs et de l'existence d'un endroit de culte au sein de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.57	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.63	
<b>Critère 1.5.13</b>	Le patient et sa famille sont informés de la disponibilité des endroits réservés à la cuisine et au repos au sein de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.63	
<b>Critère 1.5.14</b>	Le patient et sa famille sont informés de la disponibilité des endroits réservés pour la poubelle au niveau de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.81	
<b>Norme 1.6</b>	Des médicaments d'urgence et des consommables médicaux sont disponibles dans l'unité de soins.		
<b>Critère 1.6.1</b>	L'unité de soins est dotée périodiquement de médicaments d'urgence en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.81	
<b>Pertinence</b>	4.00	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.72	

<b>Critère 1.6.2</b>	L'unité de soins est dotée périodiquement de consommables médicaux en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.81	
<b>Pertinence</b>	4.00	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.81	
<b>Critère 1.6.5</b>	En cas de commande urgente de médicaments et/ou de consommables médicaux, la livraison est faite dans un délai maximum de deux heures.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.54	
<b>Critère 1.6.8</b>	La trousse des médicaments d'urgence est accessible à l'équipe de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	4.00	
<b>Pertinence</b>	3.92	4.00	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	4.00	
<b>Critère 1.6.9</b>	Les médicaments de la trousse d'urgence sont entreposés de telle sorte qu'ils sont facilement identifiables.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.81	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.72	<b>a posteriori</b>

1.6.9 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.  
 Les médicaments de la trousse d'urgence sont rangés de telle sorte qu'ils sont facilement identifiables tout en respectant les conditions de conservation.  
**Explication** : Rendre le critère plus clair.

#### 4.2.2 La dimension 2 : gestion de l'unité de soins.

Cette dimension comporte 11 critères répartis selon quatre normes, soit : la répartition journalière du personnel soignant (5 critères); la disponibilité de la description de postes (1 critères); la gestion des horaires de l'équipe de soins (3 critères) et la gestion de l'occupation des lits (2 critères).

Le Tableau 15 présente les résultats de la deuxième phase de validation de cette dimension. Ce dernier est précédé de quelques points saillants.

Cette deuxième phase de validation a permis de valider 10 critères sur les 11 soumis aux informateurs-clés et de rejeter un critère pour cause de redondance. Toutefois, les critères 2.6.1 et 2.6.2 ont subi de légères modifications afin d'inclure la programmation d'admissions prévisibles dans d'autres services que le service de chirurgie.

Tableau 15

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 2 : GESTION DE L'UNITE DE SOINS

<b>Dimension 2 : Gestion de l'unité de soins</b>			
<b>Norme 2.2</b>	La répartition journalière du personnel soignant est réalisée de manière adéquate par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant.		
<b>Critère 2.2.2</b>	La répartition journalière du personnel soignant en équipes tient compte de la qualification des différentes catégories professionnelles présentes dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.57	3.63	
<b>Critère 2.2.3</b>	La répartition du personnel soignant aux postes de soins par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant est systématique.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.71	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.90	

<b>Critère 2.2.4</b>	Tout le personnel soignant prévu dans le planning des 24 heures est reparti dans les équipes de soins, excepté le surveillant ou son remplaçant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.42	3.90	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.35	3.90	
<b>Explication</b> : Ce critère est redondant car la répartition du personnel soignant ne pourrait être autrement.			
<b>Critère 2.2.5</b>	Un infirmier nommé désigné est responsable dans chaque équipe de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.81	
<b>Critère 2.2.6</b>	Chaque équipe de soins est responsable de l'ensemble des activités de soins en réponse aux besoins des patients qui lui sont assignés pendant son service (soins infirmiers intégrés).		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.81	
<b>Critère 2.4.5</b>	La description de postes est validée par l'ensemble du personnel de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.61	3.50	
<b>Norme 2.5</b>	La gestion des horaires de l'équipe de soins est adéquate dans l'unité.		
<b>Critère 2.5.1</b>	Le planning horaire de l'équipe de soins est établi pour une durée de prestations d'un mois.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	
<b>Critère 2.5.3</b>	La programmation des congés annuels du personnel soignant considère au plus deux agents en congé par mois, indépendamment de l'effectif du personnel et des statistiques sur la fréquentation de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.63	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.63	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.45	

<b>Critère 2.5.5</b>	Un cahier de présence est initié permettant la gestion du taux d'absentéisme du personnel.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.57	3.63	
<b>Norme 2.6</b>	La gestion de l'occupation des lits est adéquate.		
<b>Critère 2.6.1</b>	La programmation des admissions prévisibles (chirurgie) est transmise à l'unité de soins au moins la veille du jour des admissions.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.72	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.81	<b>a posteriori</b>
2.6.1 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. La programmation des admissions prévisibles est transmise à l'unité de soins au moins la veille du jour des admissions.			
<b>Explication</b> : Des admissions prévisibles, autres qu'en chirurgie pourraient être programmées.			
<b>Critère 2.6.2</b>	Les données relatives à la programmation des admissions prévisibles (chirurgie) des patients indiquent : le nombre d'admissions; l'identification des patients (nom, prénom, date de naissance, etc.); le diagnostic ou le motif d'hospitalisation.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.54	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.63	<b>a posteriori</b>
2.6.2 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Les données relatives à la programmation des admissions prévisibles des patients indiquent : le nombre d'admissions; l'identification des patients (nom, prénom, date de naissance, etc.); le diagnostic ou le motif d'hospitalisation.			
<b>Explication</b> : Rendre le critère congruent avec le précédent (2.6.1).			

#### 4.2.3 La dimension 3 : Communication-information

La dimension de la communication-information est définie par trois normes et neuf critères, soit : la gestion des informations écrites (3 critères); l'existence de la communication orale et écrite (4 critères) et l'existence de la communication entre médecins et infirmiers (2 critères).

Le Tableau 16 présente les résultats de la deuxième phase de validation de cette dimension. Il est précédé de quelques points saillants.

Des neuf critères soumis aux informateurs-clés à cette phase de validation, tous ont été jugés valides, excepté le critère 3.2.5, lequel a été rejeté car déjà pris en compte par le critère 3.2.6. Néanmoins, deux des huit critères validés ont subi de légères modifications. L'adjectif « accessibles » a été ajouté au contenu du critère 3.1.9 portant sur les comptes rendus ou procès verbaux de réunions et la parenthèse a été supprimée au niveau du critère 3.4.2.

Tableau 16

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 3 : COMMUNICATION-INFORMATION

<b>DIMENSION 3 : Communication-information</b>			
<b>Norme 3.1</b>	L'ensemble des informations écrites est diffusé, centralisé et accessible au sein de l'unité.		
<b>Critère 3.1.7</b>	Le document portant projet d'établissement est accessible à tout le personnel de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.81	
<b>Pertinence</b>	4.00	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.72	

<b>Critère 3.1.8</b>	Le manuel de procédures portant sur l'hygiène hospitalière est accessible à tout le personnel de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.81	
<b>Pertinence</b>	4.00	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.81	
<b>Critère 3.1.9</b>	Les compte rendus ou procès verbaux de réunions sont répertoriés et classés.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	4.00	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.90	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	<b>a posteriori</b>
3.1.9 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Les compte rendus ou procès verbaux de réunions sont répertoriés, classés et accessibles. <b>Explication</b> : Rendre les compte rendus ou procès verbaux de réunions accessibles au personnel.			
<b>Norme 3.2</b>	La communication orale et écrite concernant les patients existent dans l'unité de soins.		
<b>Critère 3.2.4</b>	La communication orale est facilitée à chaque changement d'équipes par l'utilisation d'un temps formel de chevauchement (15 minutes minimum) entre les deux équipes de travail.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.63	
<b>Pertinence</b>	4.00	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.63	
<b>Critère 3.2.5</b>	Les patients transférés des urgences vers les unités de soins sont accompagnés d'une fiche de transmission décrivant des informations nécessaires pour l'infirmier de l'unité d'accueil.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.36	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.63	
<b>Explication</b> : Ce critère est pris en compte par le critère 3.2.6.			
<b>Critère 3.2.6</b>	Les informations écrites sur le patient transféré des urgences vers les unités de soins comprennent au moins : les soins infirmiers administrés et programmés; les examens médicaux de diagnostic faits et programmés; le traitement médical administré et programmé; l'état de santé du patient.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.84	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.81	

<b>Critère 3.2.7</b>	L'équipe de soins tient une fois par semaine un staff infirmier portant sur un problème relié aux soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.81	
<b>Norme 3.4</b>	La communication entre médecins et infirmiers existe dans l'unité.		
<b>Critère 3.4.2</b>	Une concertation entre médecin et équipe soignante existe en cas de participation du médecin à un soin (visualisation d'un site de ponction, d'une plaie traumatique ou chirurgicale, etc.).		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.54	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.54	<b>a posteriori</b>
3.4.2 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Une concertation entre médecin et équipe soignante existe en cas de participation du médecin à un soin. <b>Explication</b> : Les éléments contenus dans la parenthèse semblent limités les actes techniques infirmiers pouvant faire objet de concertation entre médecin et équipe soignante en cas de participation du médecin à un soin. Sa suppression rend le critère plus clair.			
<b>Critère 3.4.3</b>	Une liste d'adresses du personnel médical de l'unité de soins est disponible.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.54	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.63	

#### 4.2.4 La dimension 4 : Collaboration interprofessionnelle

Cette dimension comporte neuf critères regroupés selon cinq normes soit : l'existence de la collaboration, d'une part entre le personnel médical et le personnel infirmier (1 critère), d'autre part entre les services médico-techniques, administratifs, logistiques et les autres unités (4 critères), finalement entre l'unité de soins et les différents corps de métier (2 critères); la disponibilité de personnel chargé du brancardage (1 critère) et l'adéquation de la programmation des examens médicaux (1 critère).

Le Tableau 17 présente les résultats de la deuxième phase de validation obtenus au niveau de la collaboration interprofessionnelle. Quelques faits saillants précèdent celui-ci.

Des neuf critères soumis, huit ont été jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés. Bien que le critère 4.2.1 ait atteint au niveau du groupe d'informateurs-clés oeuvrant dans les centres hospitaliers, les scores de consensus requis (clarté : 3.78, pertinence : 3.78, importance : 3.78), celui-ci a été rejeté. En effet, le groupe oeuvrant dans le milieu de l'enseignement et dans les directions centrales du ministère de la santé l'a jugé ni clair, ni pertinent, ni important. D'autre part, deux critères validés ont subi de légères modifications en vue de clarifier la notion de « délai raisonnable » (critère 4.2.8) et spécifier que les brancardiers sont chargés non seulement de transporter les patients mais également de les orienter dans leurs déplacements vers d'autres secteurs de l'hôpital (critère 4.4.3).

Tableau 17

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.

**DIMENSION 4 : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**

<b>DIMENSION 4 : Collaboration interprofessionnelle</b>			
<b>Norme 4.1</b>	La collaboration entre le personnel médical et le personnel infirmier existe dans l'unité de soins.		
<b>Critère 4.1.2</b>	Il existe un cadre formel de concertation mensuelle entre l'équipe médicale et l'équipe soignante.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	

<b>Norme 4.2</b>	La collaboration entre les services médico-techniques, administratifs, logistiques et les autres unités existe.		
<b>Critère 4.2.1</b>	Il existe un consensus entre le surveillant d'unité de soins et le surveillant d'unité médico-technique relatif à la coordination des activités médico-techniques et de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.27	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.27	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.36	
<b>Explication :</b> Le contenu du critère est difficile à cerner.			
<b>Critère 4.2.5</b>	Les informations sur l'état de santé du patient, transmises lors de son transfert constituent le tableau de bord pour la planification et la gestion des soins de l'unité d'accueil.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.50	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.42	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.50	3.71	
<b>Critère 4.2.7</b>	Les renseignements administratifs sur le patient comprennent au moins : nom et prénom du patient, date et lieu de naissance, profession et adresse, numéro de dossier, coordonnées de la personne à avertir.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.90	
<b>Critère 4.2.8</b>	Lors de la survenue d'un problème relatif à un dysfonctionnement organisationnel continu d'une des unités ayant une répercussion sur plusieurs unités, une concertation inter-unités est planifiée entre les personnes responsables dans un délai raisonnable.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.90	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.90	<b>a posteriori</b>

4.2.8 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.

Lors de la survenue d'un problème relatif à un dysfonctionnement organisationnel continu d'une des unités ayant une répercussion sur plusieurs unités, une concertation inter-unités est organisée entre les personnes responsables dans un délai maximum d'une semaine.

**Explication :** Clarifier la notion de « délai raisonnable ».

<b>Norme 4.3</b>	L'unité de soins collabore avec les différents corps de métier.		
<b>Critère 4.3.3</b>	Le surveillant d'unité de soins établit les bons de commande de réparation dans la semaine pour une demande « non urgente ».		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.72	
<b>Critère 4.3.4</b>	Le surveillant d'unité de soins planifie un suivi des bons de réparation dans les 24 heures pour une demande « urgente » et dans la semaine pour une demande « non urgente ».		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.78	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.72	
<b>Norme 4.4</b>	L'unité de soins dispose de personnel chargé du brancardage.		
<b>Critère 4.4.3</b>	Les brancardiers participent à l'orientation des patients dans leurs déplacements vers d'autres secteurs de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.45	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.72	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.72	<b>a posteriori.</b>
4.4.3 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. Les brancardiers transportent et orientent les patients dans leurs déplacements vers d'autres secteurs de l'hôpital. <b>Explication</b> : Rendre le critère plus clair.			
<b>Norme 4.5</b>	La programmation des examens médicaux des patients est adéquate.		
<b>Critère 4.5.1.</b>	Une liste des examens essentiels par pathologie existe sur support écrit au sein de l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.63	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.81	

#### 4.2.5 La dimension 5 : Formation

La dimension relative à la formation est définie par trois normes, lesquelles sont opérationnalisées par sept critères : la disponibilité des protocoles de soins (3 critères);

l'organisation de l'évaluation des compétences du personnel soignant (2 critères) et l'encadrement des étudiants infirmiers (2 critères).

Les 7 critères énoncés dans cette dimension ont été jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés.

Le Tableau 18 présente les résultats de la deuxième phase de validation obtenus dans cette dimension.

Tableau 18

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 5 : FORMATION

<b>DIMENSION 5 : Formation</b>			
<b>Norme 5.3</b>	Des protocoles de soins sont disponibles dans l'unité de soins.		
<b>Critère 5.3.10</b>	Un protocole de pose de voie veineuse est mis à la disposition du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.64	3.90	
<b>Critère 5.3.11</b>	Un protocole sur le traitement du matériel garantissant la sécurité des malades et du personnel soignant est disponible dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.80	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	
<b>Critère 5.3.12</b>	Tout le personnel soignant de l'unité est associé à la validation des protocoles de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.45	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.63	

<b>Norme 5.4</b>	Une évaluation régulière des compétences du personnel soignant est organisée dans l'unité de soins.		
<b>Critère 5.4.4</b>	Des besoins de formation du personnel soignant sont identifiés sur base de l'évaluation des compétences.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.78	3.72	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.72	
<b>Critère 5.4.5</b>	Des objectifs sont définis en vue de renforcer le niveau de compétence du personnel soignant.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.54	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.72	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.72	
<b>Norme 5.5</b>	L'encadrement des étudiants infirmiers est assuré.		
<b>Critère 5.5.7</b>	En fin de stage, une évaluation comportant le niveau de progression des étudiants infirmiers et les difficultés rencontrées est transmise par l'unité de soins à la structure en charge de la formation.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.90	
<b>Critère 5.5.8</b>	Les outils de gestion du stage étudiants infirmiers (objectifs, fiches de présence, fiches d'évaluation...) sont disponibles dans l'unité de soins.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.90	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.90	

#### 4.2.6. Dimension 6 : Gestion du matériel biomédical et de l'équipement

Cette sixième dimension comporte une seule norme, soit: l'existence du matériel d'urgence, opérationnalisée par un seul critère. Bien qu'ayant atteint le seuil de consensus exigé au niveau des deux groupes d'informateurs-clés, ce dernier a néanmoins été rejeté pour cause de redondance avec le critère 6.3.3, validé à la première phase de validation.

Le Tableau 19 présente le résultat de la deuxième phase de validation de cette dimension.

Tableau 19

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.

**DIMENSION 6 : LA GESTION DU MATÉRIEL BIOMÉDICAL  
ET DE L'ÉQUIPEMENT**

<b>DIMENSION 6 : La gestion du matériel biomédical et de l'équipement</b>			
<b>Norme 6.3</b>	Le matériel d'urgence existe dans l'unité.		
<b>Critère 6.3.4</b>	L'équipement de l'armoire ou de la trousse d'urgence est vérifié chaque matin et chaque soir.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.91	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.92	3.45	<b>Critère rejeté</b>
<b>Importance</b>	3.84	3.72	
<b>Explication :</b> Ce critère est redondant avec le critère 6.3.3 (validé à la première phase de consultation).			

*4.2.7 Dimension 7 : Gestion des activités hôtelières*

Deux normes et quatre critères composent cette dimension, soit : l'organisation des tâches hôtelières (1 critère) et l'entretien de l'environnement physique (3 critères).

Les 4 critères ont été jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés. Cependant, le critère 7.1.6 a subi de légères modifications. Pour les informateurs-clés, le contrôle des repas apportés par les familles doit non seulement viser l'apparence de ces repas mais également leur conformité avec les prescriptions médicales.

Le Tableau 20 présente les résultats de la deuxième phase de validation de cette dimension.

Tableau 20

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'infirmiers-clés.

**DIMENSION 7 : GESTION DES ACTIVITÉS HÔTELIÈRES**

<b>DIMENSION 7 : Gestion des activités hôtelières</b>			
<b>Norme 7.1</b>	Les tâches hôtelières sont organisées dans l'unité de soins.		
<b>Critère 7.1.6</b>	L'infirmier de service prévoit de contrôler l'aspect des repas apportés par les familles en ce qui concerne les patients en régime.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.64	3.50	
<b>Pertinence</b>	3.64	3.55	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.71	3.88	<b>a posteriori.</b>
7.1.6 Critère validé et légère modification apportée a posteriori.			
L'infirmier de service prévoit de contrôler que les repas apportés par les familles sont conformes aux prescriptions médicales établies pour les patients sous régime.			
<b>Explication :</b> Le contrôle des repas apportés par les familles doit viser la conformité avec les prescriptions médicales et pas seulement l'aspect.			
<b>Norme 7.2</b>	L'entretien de l'environnement physique est assuré.		
<b>Critère 7.2.12</b>	Chaque patient hospitalisé a un seul accompagnant à son chevet.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.92	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.63	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.72	
<b>Critère 7.2.13</b>	Les accompagnants sont sensibilisés sur le respect de la propreté dans l'unité de soins et dans l'ensemble de l'hôpital.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.90	
<b>Pertinence</b>	3.85	4.00	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	4.00	
<b>Critère 7.2.14</b>	Chaque patient possède un placard pour ranger ses effets personnels.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.81	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.85	3.72	

#### 4.2.8. Dimension 8 : Gestion de l'imprévu

Cette dernière dimension comprend une seule norme, soit la capacité de l'unité de soins à gérer l'imprévu, laquelle est opérationnalisée par trois critères.

Les trois critères soumis ont été jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés. Le critère 8.1.2 a subi de légères modifications dans le but de clarifier la notion de « délai raisonnable ».

Le Tableau 21 présente les résultats de la deuxième phase de validation de la gestion de l'imprévu.

Tableau 21

Scores moyens obtenus pour chacun des paramètres de validation des critères de qualité proposés à la deuxième phase de validation aux deux groupes d'informateurs-clés.  
DIMENSION 8: GESTION DE L'IMPRÉVU

<b>DIMENSION 8 : Gestion de l'imprévu</b>			
<b>Norme 8.1</b>	L'unité de soins peut gérer l'imprévu.		
<b>Critère 8.1.2</b>	En cas de survenue d'événement imprévisible dans l'unité de soins, ledit événement est géré dans un délai raisonnable.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.64	3.50	
<b>Pertinence</b>	3.71	3.70	<b>Critère validé et légère modification apportée</b>
<b>Importance</b>	3.78	3.70	<b>a posteriori</b>
8.1.2 Critère validé et légère modification apportée a posteriori. En cas de survenue d'événement imprévisible dans l'unité de soins, ledit événement est géré dans un délai de deux à cinq jours, indépendamment de l'ampleur de la situation.			
<b>Explication</b> : Clarifier la notion de « délai raisonnable ».			

<b>Critère 8.1.4</b>	La planification des équipes de soins prévoit toujours du personnel de suppléance en cas de défaillance d'un membre de l'équipe.		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	4.00	3.90	
<b>Pertinence</b>	4.00	3.81	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	4.00	3.81	
<b>Critère 8.1.5</b>	La planification des équipes prévoit des circuits de mobilisation du personnel nécessaire en cas de surcharge brutale de travail (épidémies, accidents ou autres catastrophes).		
	<b>Groupe 1 (CH)</b>	<b>Groupe 2 (ENSP, DC)</b>	<b>Décision</b>
<b>Clarté</b>	3.85	3.60	
<b>Pertinence</b>	3.85	3.60	<b>Critère validé</b>
<b>Importance</b>	3.92	3.70	

En résumé, cette deuxième phase a permis de valider 58 critères sur les 63 soumis aux informateurs-clés et de rejeter les critères 1.4.5, 2.2.4, 3.2.5, 4.2.1, 6.3.4. Ces derniers n'ont, en effet, pas atteint le niveau de consensus exigé, soit 3.40/4.00 ou 85 % et plus au niveau des deux groupes d'informateurs-clés.

### 4.3 La synthèse des résultats des deux phases de validation.

Au total, 34 normes et 183 critères furent soumis à une première phase de validation auprès de deux groupes d'informateurs-clés composés d'une part, de 15 directeurs de soins infirmiers et obstétricaux ainsi que de surveillants d'unités de soins des douze centres hospitaliers et d'autre part, de 11 informateurs-clés oeuvrant dans le milieu de l'enseignement et dans les directions centrales du Ministère de la santé du Burkina Faso. Lors de cette première phase, 131 critères ont été jugés valides dont 27 ont subi de légères modifications. Quarante et un (41) critères n'ayant pas atteint le niveau de consensus requis (3.40/4.00 ou 85 % et plus) ont été reformulés dont un a été scindé en deux. Vingt et un (21) nouveaux critères ont également été proposés par

les informateurs-clés. Ceux-ci ont constitué le deuxième questionnaire de validation, lequel fut de nouveau soumis aux deux groupes. Cinquante-huit (58) critères sur les 63 soumis ont été jugés valides. De légères modifications ont été apportées *a posteriori* à 11 des 58 critères validés.

Au terme du processus de validation, un ensemble de 33 normes et 189 critères répartis selon les huit dimensions du cadre de référence, furent jugés valides par les deux groupes d'informateurs-clés. L'Appendice G présente la liste finale des normes et des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier dans le contexte du Burkina Faso. Ces normes et critères sont maintenant valides et peuvent être utilisés comme référentiel ou comme base à la construction d'un instrument de mesure de la qualité de l'organisation des services infirmiers. À l'issue des deux phases de validation, une norme et 16 critères furent rejetés conformément aux recommandations des informateurs-clés.

*Chapitre 5 - Discussion*

Ce dernier chapitre présente une discussion portant d'une part, sur les résultats du chapitre précédent et d'autre part, sur l'approche méthodologique utilisée. Il fait également ressortir les implications de l'étude pour la discipline infirmière en général et l'organisation des services infirmiers hospitaliers dans le contexte spécifique du Burkina Faso. Il énonce finalement des recommandations pour les recherches futures.

### **5.1 La discussion des résultats**

La discussion des résultats obtenus est présentée selon les huit dimensions retenues du cadre de référence de Hubinon (1998) portant sur le management des unités de soins, soit : la prise en charge du patient; la gestion de l'unité de soins; la communication-information; la collaboration interprofessionnelle; la formation; la gestion du matériel biomédical; la gestion des activités hôtelières; la gestion de l'imprévu. Ce cadre de référence et ses normes et critères de qualité de l'organisation des services infirmiers ont été adaptés à la réalité contextuelle des hôpitaux du Burkina Faso. La validation, comprenant deux phases, a été réalisée par 26 informateurs-clés répartis dans deux groupes. Les paragraphes qui suivent décrivent la discussion des résultats par dimension.

#### *5.1.1 La discussion des résultats de la dimension 1 : prise en charge du patient*

L'échantillon de critères retenus pour opérationnaliser les normes de cette dimension touche à la planification quotidienne des activités de soins, au plan de soins comme base de la prise en charge infirmière du patient, à l'accès rapide des services médico-

techniques et administratifs, à l'organisation de la visite médicale, à l'information au patient et à ses proches et enfin à la disponibilité des médicaments et consommables médicaux d'urgence. On a pu constater que lors de la première consultation, les informateurs-clés ont suggéré l'ajout d'un nombre assez important de critères en vue de la deuxième phase de validation, soit un tiers de l'ensemble des critères (7 sur 21). La plupart de ces critères (5 sur 7) ont été proposés par le groupe des informateurs-clés oeuvrant dans les directions centrales du ministère de la santé et dans le milieu de l'enseignement. On pourrait penser que l'implication de ces informateurs-clés dans les conceptions des politiques de soins au niveau central et dans la formation du personnel infirmier et sage-femme ainsi que leur expérience antérieure dans l'organisation des services infirmiers, les ont portés à avoir une vision plus large de l'organisation de la prise en charge infirmière du patient hospitalisé. Cette vision a cependant été endossée par le groupe des informateurs-clés oeuvrant dans les hôpitaux, puisque six des sept critères ajoutés ont été validés par ceux-ci.

Au regard des critères qui ont été validés dans cette dimension (89 % des critères soumis), on serait porté à croire que les informateurs-clés se sentent très préoccupés par la prise en charge des patients. Ceci pourrait s'expliquer par l'importance qu'ils accordent au rôle joué auprès des patients hospitalisés. Ces résultats soulignent également que la qualité des soins et services dispensés aux patients est tributaire de certains aspects organisationnels tels que la planification des activités de soins, l'utilisation d'un plan de soins infirmiers comme base de la prise en charge, la

facilitation des services médico-techniques et administratifs, la structuration de la visite médicale, la disponibilité de médicaments et de consommables médicaux d'urgence ainsi que l'information au patient et à ses proches.

Par ailleurs, certains commentaires émis par les informateurs-clés en rapport avec le critère 1.4.7 « Les dossiers des patients sont mis à jour et classés après la visite médicale » révèlent que la mise à jour des dossiers des patients, après la visite médicale, relève notamment dans les CHU, du rôle des étudiants de médecine. D'autres informateurs-clés soulignent cependant que le personnel infirmier devrait compléter les parties le concernant. Comme l'indique le critère 1.2.5, le plan de soins infirmiers étant un élément constitutif du dossier du patient, il est tout à fait logique que celui-ci soit réajusté au besoin après la visite médicale. Dans cette perspective, l'investigatrice n'a pas jugé opportun d'apporter *a posteriori* de légères modifications au critère 1.4.7, lequel a d'ailleurs été validé par les deux groupes avec un haut niveau de consensus (clarté : 3.92, 3.90; pertinence : 3.78, 3.90; importance : 4.00, 3.90).

### *5.1.2 La discussion des résultats de la dimension 2 : Gestion de l'unité de soins*

En ce qui concerne la gestion de l'unité de soins, l'étude a permis de valider 27 critères (79 %) répartis selon six normes. Suite à la première phase de validation, seuls 56 % des critères soumis ont été validés par les deux groupes d'informateurs-clés. La plupart de ces critères validés reflètent la situation actuelle au sein des hôpitaux burkinabés. Il apparaît que de nombreux informateurs-clés n'ont pas posé leur jugement

en fonction de la situation idéale recherchée mais plutôt selon l'applicabilité des critères au milieu. Pourtant, lors des contacts individuels, l'investigatrice avait souligné l'importance de transcender la réalité du terrain afin de viser une situation plus idéale. Elle a dû attirer de nouveau l'attention des informateurs-clés sur cet aspect lors de la soumission du deuxième questionnaire en les invitant à déterminer « ce qui devrait être ».

Ce fait nous porte à penser que la norme 2.1 et ses trois critères (2.1.1, 2.1.2, 2.1.3) qui ont été éliminés dès la première phase de validation auraient pu être validés moyennant reformulation à inclure dans le deuxième questionnaire. Ainsi, il s'avère important qu'une attention particulière soit portée lors d'une révision éventuelle de ces normes et critères validés pour tenir compte de ce fait. Par contre, les commentaires des informateurs-clés font ressortir la difficulté que le critère 2.1.3 pose en évoquant la répartition des activités selon la qualification du personnel soignant. En effet, il y'a au Burkina Faso, deux catégories d'infirmiers dont les programmes de formation sont différents : les infirmiers diplômés d'État et les infirmiers brevetés. La première catégorie est plus qualifiée que la deuxième mais dans le concret du travail hospitalier, les deux catégories font le même travail. Ceci nous porte à penser qu'une reformulation ultérieure de ce critère devra éventuellement tenir compte de cet aspect et viser davantage l'expérience que la qualification du personnel soignant.

### *5.1.3 La discussion des résultats de la dimension 3 : Communication-information*

Les critères ciblés pour opérationnaliser les normes de cette dimension portent sur les informations administratives, les informations concernant le patient, la communication au sein de l'équipe soignante ainsi que la communication entre l'équipe soignante et les médecins de l'unité de soins. Si on considère le grand nombre de critères validés (92 %), on est en droit de penser que les informateurs-clés ont accordé un grand intérêt à cette dimension. De plus, on a pu remarquer qu'une majorité des critères validés a obtenu un haut niveau de consensus surtout lors de la deuxième consultation. Ceci illustre la pertinence des éléments considérés au sein de cette dimension.

La communication entre les acteurs tant au regard des patients que du fonctionnement de l'unité de soins et de l'hôpital est souvent qualifiée de « efficiente » (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2004). Les informateurs-clés ont exprimé à travers les résultats que la communication est un aspect important de l'amélioration de la qualité des services. Cependant, il est un fait que l'implication de tous les membres de l'équipe soignante est indispensable pour améliorer la qualité de la communication dans une unité de soins. Tous les membres de l'équipe doivent être conscients et convaincus de l'importance de transmettre des informations orales et écrites relatives à la situation sanitaire des patients aux autres membres de l'équipe, à l'équipe de relève ainsi qu'au surveillant d'unité de soins. Cela contribuerait à une meilleure continuité et coordination des soins.

#### *5.1.4. La discussion des résultats de la dimension 4 : Collaboration interpersonnelle*

L'échantillon de critères retenu au niveau de cette dimension renvoie d'une part à la collaboration entre les différents acteurs de l'unité de soins et d'autre part à cette même collaboration entre les autres acteurs du centre hospitalier. Les résultats obtenus (95 % de critères validés) attestent de l'attention et de l'importance que les informateurs-clés accordent et attribuent à la collaboration. La collaboration constituerait, selon eux, un élément indispensable à l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux usagers. Pourtant, il n'est pas rare de constater que dans la plupart des cas comme l'indiquent D'Amour, Sicotte et Lévy, (1999), (tiré de Brunet et Vinet, 1978) la collaboration se substitue à des relations de subordination entre médecins/infirmiers et autres personnels paramédicaux ou encore à la cohabitation d'un certain parallélisme disciplinaire où les professionnels travaillent côte à côte à défaut de véritables rapports de collaboration. Ainsi, certains informateurs-clés reconnaissent qu'un véritable esprit de collaboration devrait davantage se développer entre les différents acteurs du secteur hospitalier. Ceci nécessiterait un engagement de toutes les catégories professionnelles afin d'instaurer un climat de confiance mutuelle, une volonté de partage du pouvoir et des responsabilités dans les prises de décisions concernant les patients, la vie de l'unité de soins et de l'hôpital.

### 5.1.5 *La discussion des résultats de la dimension 5 : Formation*

Tous les critères retenus pour rendre opérationnelles les normes de cette dimension ont été validés. Ces critères touchent l'accessibilité à la formation continue, l'intégration de nouveau personnel, la disponibilité de certains protocoles de soins, l'évaluation des compétences du personnel et l'encadrement des étudiants infirmiers. Les résultats obtenus témoignent de l'intérêt que les informateurs-clés portent à la formation. Cet intérêt s'accorde avec une proposition de Hesbeen (2002) qui indique que la formation continue est un déterminant incontournable pour améliorer la qualité des soins et services dans les établissements hospitaliers. Il apparaît légitime que le personnel soignant bénéficie d'activités régulières de formation continue répondant à ses besoins et permettant une plus grande efficacité dans les tâches à accomplir. Il apparaît également indispensable que le personnel soignant ait accès à une bibliothèque offrant des documents attrayants et liés aux besoins de documentation des infirmiers et sages-femmes. Cette préoccupation des informateurs-clés s'exprime dans le haut niveau de consensus obtenu par le critère 5.1.7 (clarté : 3.86 et 4.00; pertinence : 3.86 et 4.00; importance : 3.86 et 4.00) énonçant la disponibilité et la fonctionnalité d'un centre de documentation au sein de l'hôpital.

Cependant, bien que des efforts aient été consentis ces dernières années par les hôpitaux pour assurer la formation continue de leur personnel, celle-ci demeure encore un point d'insatisfaction assez important. Au-delà de l'acquisition des nouvelles connaissances et du développement des habiletés professionnelles, la formation est

perçue par le personnel comme une reconnaissance du mérite et constitue de ce fait une motivation (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2004). Cela pourrait aussi expliquer vraisemblablement les résultats obtenus au niveau de cette dimension.

On a pu remarquer que les critères portant sur les protocoles de soins et l'encadrement des étudiants infirmiers ont suscité davantage l'intérêt des informateurs-clés. Cet intérêt s'est traduit par la pertinence des commentaires émis, la nature et l'origine des nouveaux critères ajoutés. Des cinq critères formulés par les informateurs-clés, trois portent sur les protocoles de soins et proviennent du groupe oeuvrant dans les hôpitaux tandis que les deux autres concernent l'encadrement des étudiants infirmiers dans les unités de soins et ont été énoncés par le groupe d'informateurs-clés des directions centrales du Ministère de la santé et des instituts de formation. Chaque groupe semble s'être plus préoccupé de son domaine selon son milieu de travail.

Tout en reconnaissant que les critères visent la situation idéale recherchée, certains informateurs-clés ont émis des inquiétudes quant au manque de collaboration entre les instituts de formation et les établissements hospitaliers en ce qui concerne l'encadrement des étudiants infirmiers dans les unités de soins. Ils soulignent l'importance de la mise en place d'une convention entre les deux structures et de son application effective. Comme le mentionne la loi hospitalière de 1998, cette convention devrait clarifier les obligations réciproques des deux parties.

### *5.1.6 La discussion des résultats de la dimension 6 : Gestion du matériel biomédical et de l'équipement*

Les deux phases de validation ont permis de retenir 12 critères répartis selon trois normes, soit 85 % de l'ensemble des critères soumis. Des informateurs-clés ont cependant indiqué que l'applicabilité de certains critères relevait en partie de la responsabilité du service chargé de l'approvisionnement et de la maintenance. Il s'agit des critères: 6.1.5; 6.1.6; 6.1.8; 6.2.1; 6.2.2 qui traitent de la révision annuelle du matériel biomédical et de l'équipement, de la disponibilité d'un manuel de procédure sur l'utilisation de nouveau matériel, de la réparation ou du remplacement du matériel dysfonctionnel et de la disponibilité d'armoires se fermant à clé. Ce fait illustre à nouveau que la plupart des informateurs-clés ont appuyé leur jugement sur les situations qu'ils vivent présentement et non sur une situation optimale requise. On serait enclin de penser que les difficultés en lien avec l'organisation de l'hôpital et des unités de soins préoccupent à ce point les informateurs-clés qu'elle les empêche de prendre une distance par rapport à la réalité vécue pour viser l'idéal, soit « ce qui devrait être ». Comme précédemment évoqué, l'instauration d'un authentique rapport de collaboration entre les différents intervenants de l'hôpital est nécessaire pour améliorer la qualité de l'organisation hospitalière en générale et celle des services infirmiers en particulier.

En outre, le terme « raisonnable » utilisé pour qualifier le délai de réparation ou de remplacement de tout matériel dysfonctionnel n'a pu être clarifié car malgré les quelques remarques émises par les informateurs-clés, aucune suggestion n'a été

proposée permettant d'apporter une modification du critère 6.1.8 validé, il a donc été conservé tel quel.

#### *5.1.7 La discussion des résultats de la dimension 7 : Gestion des activités hôtelières*

Au niveau de cette dimension, 20 critères ont été validés suite aux deux phases de validation, soit 100 % des critères soumis. Ces résultats illustrent l'importance que les informateurs-clés attachent à l'organisation des tâches hôtelières et à l'entretien de l'environnement physique. Il ressort cependant des commentaires que le personnel soignant a peu de prérogatives sur le personnel chargé de la restauration et de l'entretien de l'environnement physique. Cela est expliqué par le fait que cette catégorie de personnel relève d'un autre service. En effet, dans la plupart des hôpitaux au Burkina Faso, les services hôteliers tels que la restauration et l'entretien de l'environnement physique sont confiés à des contractuels. Il apparaît nécessaire que des accords sur les modalités de gestion de ce personnel soient établis entre les responsables des unités de soins et ceux du service mandaté afin de faciliter et optimiser l'organisation des tâches hôtelières et l'entretien de l'environnement physique des unités de soins.

#### *5.1.8 La discussion des résultats de la dimension 8 : Gestion de l'imprévu*

Au terme du processus de validation, 100 % des critères soumis aux deux groupes d'informateurs-clés ont été validés. Ces résultats révèlent que les informateurs-clés accordent un intérêt particulier à la capacité de l'unité de soins à gérer les événements

imprévisibles. Quelques informateurs-clés soulignent la nécessité d'anticiper autant que possible certains évènements afin d'éviter les désagréments que l'imprévu entraînerait. Comme l'atteste Hubinon (1998), la maîtrise des évènements non planifiés nécessite une grande souplesse dans la mobilisation des ressources afin de maintenir un état d'équilibre continu dans le système d'organisation de l'unité de soins.

En ce qui concerne le terme « raisonnable » utilisé pour qualifier le délai de planification du moment de transfert des patients nouvellement admis au service des urgences avec l'unité de soins d'accueil, quelques objections ont été faites par certains informateurs-clés quant au manque de précision. Comme les informateurs-clés ne sont pas parvenus à s'entendre sur un délai précis, le critère 8.1.3 a été conservé tel quel.

En résumé, les paragraphes ci-avant ont documenté les résultats obtenus et ont relevé quelques points de réflexion. Cependant, Il convient de noter que l'utilisation du référentiel tel que présenté, pourrait être, soit globale en considérant l'ensemble des dimensions, normes et critères en même temps, soit par domaine de priorité, en ne considérant qu'une ou deux dimensions à la fois de manière progressive. Pour ce faire, chaque établissement hospitalier devrait déterminer ses priorités d'amélioration de la qualité de l'organisation des services infirmiers.

La prochaine section constitue une discussion de la méthode.

## 5.2 Discussion de la méthode

Découlant du but de l'étude, le devis de recherche retenue était de type méthodologique d'approche déductive. Au moyen de la technique DELPHI modifiée, la démarche visait à adapter au contexte du Burkina Faso, les normes et critères de qualité d'organisation des services infirmiers hospitaliers élaborés par Hubinon (1998) pour le contexte hospitalier belge. Cette adaptation s'est avérée un préalable important compte tenu de l'existence de différences contextuelles entre le milieu hospitalier belge et burkinabé. L'adaptation s'est appuyée sur un examen minutieux des normes et des critères. Cet exercice a permis de retenir la plupart des normes et critères dans leur formulation initiale, d'en reformuler certains en des termes plus familiers au contexte infirmier burkinabé, d'en déplacer d'autres et d'en rejeter finalement quelques uns en raison de leur caractère difficilement applicable aux hôpitaux du Burkina Faso. Ce fut aussi l'occasion d'ajouter de nouveaux critères, non prévus par Hubinon (1998), répondant aux besoins du milieu concerné. Ceux-ci émanaient d'une part, des écrits pertinents consultés et d'autre part, de l'expérience professionnelle de l'investigatrice. L'importance et la pertinence des nouveaux critères ajoutés (21 critères) par les informateurs-clés constituent un complément de nature inductive fort intéressant. Ainsi, en bout de ligne, un référentiel constitué de huit dimensions, 34 normes et 183 critères a été construit (Appendice C). La quantité de commentaires recueillis et l'enthousiasme avec lequel les informateurs-clés ont réalisé la validation des critères permettent de croire en l'intérêt que ceux-ci portent à la qualité de l'organisation des services infirmiers dans le milieu hospitalier burkinabé. Ces commentaires ont d'une part,

contribué à améliorer la formulation de critères ayant obtenu le seuil de consensus requis (3.40/4.00) mais présentant certains aspects problématiques en terme de libellé. D'autre part, des suggestions ont permis de modifier les critères n'ayant pas atteint lors de la première phase de validation, le niveau de consensus exigé. Les critères modifiés ont été soumis lors de la deuxième phase de validation.

Le choix de la technique DELPHI modifiée a été orienté d'une part, par des contraintes financières et temporelles et d'autre part, par la difficulté à réunir physiquement les informateurs-clés originaires de diverses régions de Burkina Faso. Cette technique s'est avérée adéquate et efficace. Les consignes données aux informateurs-clés ont, en général, été respectées même si on a pu constater, au terme de la première phase de validation, que certains d'entre eux avaient tendance à considérer et fonder davantage leur jugement sur « ce qui est » que « ce qui devrait être »; autrement dit : sur la situation réelle observée sur le terrain plutôt que sur celle qui devrait optimalement ou idéalement prévaloir. Comme évoqué précédemment, l'investigatrice a attiré l'attention des informateurs-clés sur ce point afin de tenter de rectifier le tir dans le cadre de la deuxième phase de validation. Un avantage de la technique DELPHI est d'offrir du temps à la réflexion, de permettre aux informateurs-clés d'émettre leur opinion de façon anonyme et au moment qui leur convenait et d'en arriver à un consensus sans risques éventuels de pressions d'un groupe. Cela dit, d'intéressantes suggestions de certains informateurs-clés n'ont pu être intégrées, faute de consensus.

L'exigence de consensus est d'ailleurs présentée, quelquefois comme l'un des désavantages de la technique DELPHI.

Par ailleurs, l'utilisation d'une échelle de type LIKERT à quatre points d'ancrage sur une échelle progressive s'est avérée pertinente. À la lumière de l'analyse des résultats, on a toutefois pu remarquer que certains informateurs-clés ont attribué le même score aux paramètres de « pertinence » et « d'importance » d'un critère. Bien que la différence entre ces deux paramètres ait été précisée dans les documents indiquant les consignes aux informateurs-clés, il est permis de penser que certains participants aient éprouvé des difficultés à faire la différence entre ces deux paramètres.

En outre, il a été observé que le choix de deux groupes d'informateurs-clés, aux caractéristiques fort différentes, a complexifié la compilation et l'analyse des résultats. Il apparaît ainsi que la plupart des critères ayant été modifiés et soumis à la deuxième phase de validation l'ont été parce qu'ils n'avaient pas atteint le niveau de consensus requis auprès des informateurs-clés oeuvrant dans les directions centrales du Ministère de la santé et dans les instituts de formation. Il est permis de penser que le fait de se situer à un niveau décisionnel ou d'enseignement et de se référer à l'expérience antérieure vécue dans le secteur de l'organisation des services infirmiers hospitaliers, ait été bénéfique à ce groupe d'informateurs-clés. Cela dit, la participation des deux groupes a été très productive et a généré des observations pertinentes, parfois complémentaires.

Quant au nombre d'informateurs-clés, l'investigatrice a constitué initialement deux groupes de douze personnes. Mais elle a accepté la participation de quatre informateurs-clés supplémentaires dont trois surveillants d'unité de soins pour le groupe des informateurs-clés oeuvrant dans les hôpitaux et un enseignant pour le groupe des cadres oeuvrant dans les directions centrales du Ministère de la santé et dans les instituts de formation. Ce nombre permettait de faire face à l'éventuel retrait de certains informateurs-clés en cours de processus. Tel fut effectivement le cas dans le groupe des informateurs-clés oeuvrant dans les directions centrales du Ministère de la santé et dans les instituts de formation où deux participants ont dû interrompre leur participation à cause d'obligations professionnelles.

Un autre commentaire s'impose au regard des informateurs-clés. En effet, étant donné que la gestion des unités de soins au Burkina Faso est placée sous la responsabilité des médecins-chefs et nécessite la collaboration d'autres acteurs de l'hôpital, il aurait peut-être été opportun d'associer ces professionnels au processus de validation. Ce fait aurait permis de situer ou d'inscrire la démarche d'adaptation et de validation des normes et critères dans une approche plus globale et multidisciplinaire.

La prochaine section énonce les implications de l'étude pour les sciences infirmières et formule quelques recommandations.

### **5.3 Implications pour les sciences infirmières et recommandations**

La présente étude qui rejoint l'esprit du programme national d'assurance qualité (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2003) a permis d'adapter au contexte du Burkina Faso un référentiel comportant huit dimensions, 33 normes et 189 critères de qualité de l'organisation des services infirmiers hospitaliers et de le valider. Ce référentiel constitue dorénavant un outil précieux pour guider les équipes soignantes, les gestionnaires et les enseignants dans le domaine de l'organisation des services infirmiers. En offrant un langage commun au personnel infirmier et sage-femme, ce référentiel permettra de nommer, de décrire et par conséquent d'enregistrer les données relatives à la qualité de l'organisation des soins et des services. Ces données pourront non seulement être analysées, comparées, comptabilisées pour le plus grand intérêt des gestionnaires, mais également servir à la recherche (Jacquerye et al., 1999). Ce référentiel constitue, par ailleurs, un moyen didactique intéressant dans le cadre de discussions d'équipes et de séances de formation du personnel soignant ou d'étudiants infirmiers et sages-femmes et ce tant en milieu hospitalier que dans les établissements de formation. Puisqu'il n'existe pas, à ce jour, d'instrument de mesure de la qualité de l'organisation des services infirmiers adapté au contexte du Burkina Faso, la présente étude constitue une avancée importante pour le pays en terme d'assurance de la qualité des soins infirmiers, de développement du rôle infirmier et d'affirmation de l'identité professionnelle des infirmiers.

Considérant que l'adaptation et la validation des normes et des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers constituent les étapes préalables au développement d'un instrument de mesure, nous recommandons que ce référentiel ouvre la voie à la construction d'un instrument de mesure applicable à l'organisation des services infirmiers hospitaliers burkinabés. Nous recommandons également que ce référentiel serve dans l'avenir comme guide didactique pour la formation du personnel soignant et des étudiants infirmiers et sages-femmes dans le domaine de l'organisation des services infirmiers.

*Conclusion*

La présente étude a permis l'élaboration et la validation d'un référentiel adapté au contexte du Burkina Faso, constitué de huit dimensions, 33 normes et 189 critères de qualité de l'organisation des services infirmiers hospitaliers. La validation a été réalisée au moyen de la technique DELPHI modifiée, auprès d'un groupe de 15 informateurs-clés oeuvrant dans les hôpitaux (directeurs de soins infirmiers et surveillants d'unité de soins ou infirmiers-chefs) et d'un groupe de 11 informateurs-clés (gestionnaires et enseignants) oeuvrant dans les directions centrales du Ministère de la santé et dans les instituts de formation du personnel infirmier et sage-femme.

Grâce à cette étude, le personnel soignant, les gestionnaires, les formateurs et les chercheurs disposent dorénavant de normes et de critères de qualité d'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier adaptés au contexte du Burkina Faso et validés. Ce référentiel servira ultérieurement au développement d'un instrument de mesure de la qualité de l'organisation des services infirmiers hospitaliers en plus de constituer un moyen didactique intéressant dans le cadre de la formation initiale et continue. Dans un contexte où les coupures budgétaires deviennent de plus en plus présentes, il importe que les établissements de santé repensent leur système d'organisation en vue de le rendre plus efficient en termes de qualité des soins et services dispensés. Cette étude constitue une contribution majeure à l'amélioration de la qualité de l'organisation des services hospitaliers burkinabés. Elle ouvre d'intéressantes perspectives de réflexion pour les recherches ultérieures visant à cerner davantage encore la complexité de l'organisation hospitalière burkinabée dans sa globalité.

## *Références*

- Adler, S. L., Bryk, E., Cesta, T. G., McEachen, I. (1995). Collaboration: the solution to multidisciplinary care planning. *Orthopaedic Nursing*, 14 (2), 21-29.
- Assemblée Nationale (1998). *Loi 034/98/AN, portant Loi Hospitalière*. Document inédit, Burkina Faso.
- Association des Hôpitaux du Québec. (1987). *Programme d'appréciation de la qualité d'un service du centre hospitalier : concepts de base, contenu type, application*. Montréal.
- Association des Hôpitaux du Québec. (1991). *Manuel de gestion des risques*. Montréal.
- Atwal, A., Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 360-367
- Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel*. Gouvernement du Québec, MSSS. Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection Méthodologie et instrumentation, n° 16.
- Brunelle, Y. & Saucier, A. (1999). *Les indicateurs et le système de soins*. Gouvernement du Québec, MSSS. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Méthodologie et instrumentation, N0. 13.
- Catsambas, T. T., Kelley, E., Legros, S., Massoud, R. & Bouchet, B. (2002). The evaluation of quality assurance: developing and testing practical methods for managers. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 75-85.
- Chapuis, J. (1984). L'encadrement des stagiaires et la formation permanente du personnel. *Soins. Pédagogie*, 435/436, 51-57.
- Claveranne, J.-P., Vinot, D., Fraisse, S., Robelet, M., Candel, D., Dubois, D. & Marchaudon, P. (2003). Perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. *Gestions Hospitalières*, 179, 536-546.
- Coeling, H. V. E. & Cukr, P. L. (2000). Communication styles that promote nurse satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 14 (2), 63-74.
- Côté, N., Belanger, L. & Jacques, J. (1994). *Les dimensions humaines des organisations*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Côté, N. (1991). *La personne dans le monde du travail*. Montréal : Gaëtan Morin.

- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interpersonnelle dans les services de santé de premières ligne au Québec*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- D'Amour, D. (1998). *La collaboration interpersonnelle : relever le défi d'une action Commune*. Conférence présentée au colloque annuel de l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Psychiatrie et santé mentale (AQIIP), Trois-Rivières, Québec.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociale et santé*, 17 (3), 68-92.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (1), 136-145.
- D'Amour, D. (2002). *La collaboration professionnelle un choix obligé*. Dans O. Goulet & C. Dallaire. Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives (pp. 339-363). Montréal : Gaëtan Morin.
- Devies, H. T., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000). Organization culture and quality care. *Quality and health care*, 9 (2), 111-119.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol. 2: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1985). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol. 3: The Method and findings of quality assessment and monitoring. An Illustrated Analysis*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, 12(3), 99-108.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.

- Douglass, L. M. (1980). *The effective nurse: leader and manager. Organizational Structure and management systems*. The C.V. Mosby Compagny, chapter 4, 49-57.
- Douglass, L. M. (1996). *The effective nurse: leader and manager. Organizational Structure and management systems*. Mosby-Year Book, Inc. chapter 3, 39-70.
- Farley, M. J. (1989). Assessing communication in organization. *Journal of Nursing Administration*. 19 (12), 128-131.
- Fermanian, J. (1996). Évaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter. *Revue Épidémiologie et Santé Publique*, 44, 278-286.
- Forcioli, P. (1995). La politique de formation continue au Centre Hospitalier de Senlis. *Soins formation-Pédagogie-Encadrement*, 14, 9-15.
- Formarier, M., Jovic, L., Coutansais, G. P. & Goisneau, C. (1994). Opérationnalisation des concepts : soins, qualité et évaluation. *Recherche en Soins Infirmiers*, N0 Spécial Méthodologie, 5-22.
- Fortin, M. F., Taggart, M. E., Kérouac, S. & Normand, S. (1988). *Introduction à la recherche. Auto-apprentissage assisté par ordinateur*. Montréal : Décarie.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie.
- Grenier, J., Lagarde, M. (2000). *La technique du groupe nominale, une méthode de cueillette des données à connaître*. Cégep du Vieux-Montréal. Département d'éducation physique. Association pour la recherche collégiale, ARC/Actes du colloque, 15-22.
- Grenier, R., Drapeau, J. & Désautels, J. (1989). *Normes et critères de qualité des soins infirmiers*. Montréal : Décarie.
- Grenier, R. (1993). Une terminologie à apprivoiser. *Gésiqualité*, 2 (3), 1-7.
- Grenier, R. (1994). La communication : un outil à maîtriser dans le processus de gestion de la qualité des soins infirmiers. *Gésiqualité*, 12 (4), 2-3, 7.
- Grenier, R. (1996). La mesure et l'évaluation des soins infirmiers en établissement de soins de longue durée. *Gésiqualité*, 14 (1), 4-6.
- Grenier, R. (2002). Le processus de gestion de la qualité des soins-services. *Soins cadres*, 43, 29-34.

- Grenier, R. (2003). *Amélioration de la qualité des soins*. SOI/6230. Notes de cours inédites.
- Guérel, M.-F. (2003). La formation continue des infirmières. *Revue de l'infirmière*, hors série, le guide formation 2003-2004, 7-8.
- Haddad, S., Roberge, D. & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4 (1), 59-78.
- Harrigan, M. L. (2000). *En quête de qualité dans les soins de santé canadiens : Amélioration continue de la qualité*. (2<sup>e</sup> éd.). Santé Canada.
- Henneman, E. A., Lee, J. L. & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103-109.
- Hesbeen, W (2002). *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective Soignante* (2<sup>e</sup> ed). Paris : Masson
- Hoontz, H., O'Donnell, C. (1972). The fonction and authority of the manager. *In principes of management: an analysis of magerial fonctions* (chapter 3, pp. 46-54). Mc Graw Hill.
- Huber, D. L., Maas, M., Mccloskey, J., Scerb, C. A., Coode, C. J. & Watson, C. (2000). Evaluating Nursing Administration Instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30 (5), 251-272.
- Hubinon, M. (1998). *Management des unités de soins : De l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité*. Bruxelles : DeBoeck.
- Institut national des statistiques et de la démographie (INSD). (1996). *Recensement général de la population et de l'habitat*. Burkina Faso.
- Jacquerye, A. (1983). *Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers*. Collection Infirmières d'aujourd'hui, Paris : Centurion.
- Jacquerye, A., Chagnon, M., Grenier, R., Heuse, A., Holtzer, L, Hubinon, M., Panchaud, C., & al. (1999). *La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation, accréditation*. Collection Sciences infirmières. France : Maloine.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2<sup>e</sup> éd.). Laval : Beauchemin.

- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P. & Zimmerman, J. E. (1986). An evaluation of outcome From intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104, 410-418.
- Labram, C. (1996). Quels indicateurs de qualité pour les établissements hospitaliers? Une étude internationale. *Gestions Hospitalières*, 128, 363-369.
- Lagron, P. (1998). Le matériel d'urgence. Petite ou grande infirmerie : le choix des Matériels. *Revue de l'infirmière*, 40, 40-43.
- Lefort, M.-C. & Deletoille, V. (2000). Les indicateurs qualité au service d'une culture de l'amélioration continue des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 65, 5-13.
- Lestienne, A. (2000). La formation continue à l'hôpital : des perspectives de changements au service des acteurs hospitaliers. *Revue de l'infirmière*, 62, 7-10.
- Lindeke, L. L. & Block, D. E. (1998). Maintaining Professional Integrity in the Midst of interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 46 (5), 213-218.
- Lombrail, P. (1996). Les enjeux de la qualité dans la réforme hospitalière. *Gestions Hospitalières*, 128, 355-361.
- Loubat, J-R. (2002). Démarche qualité : enjeux et paradoxes. *Gestions hospitalières*, 419, 639-644.
- Lynn, M. R. (1996). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382- 385.
- Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37(6), 285-288.
- Ménard, G. (2002). *Élaboration et validation de normes et d'indicateurs de la qualité des soins dans l'application des mesures de contention et d'isolement*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Michel, P., Salmi, L.-R., Sibé, M., Salmi, M. T. (2000). Évaluer les processus en santé : importance et limites actuelles. *Revue Épidémiologie et Santé Publique*, 48, 571-582.
- Ministère de la santé (1992). *Élaboration de normes et critères de soins infirmiers*. Document inédit, Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2000). *Document de Politique Sanitaire Nationale*. Document Inédit, Burkina Faso.

- Ministère de la santé (2000). *Arrêté 0.53/MS portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers publics*. Document inédit, Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2001). *Plan National de développement sanitaire 2001-2010*. Document inédit, Burkina faso.
- Ministère de la santé (2001). *Les indicateurs de performance des établissements hospitaliers*. Document inédit, Burkina faso.
- Ministère de la Santé (2003). *Programme National d'assurance qualité en santé. Rapport final*. Document inédit, Burkina faso.
- Ministère de la Santé (2004). *Rapport d'évaluation de la performance hospitalière*. Document inédit, Burkina faso.
- Ministère de la Santé (2004). *Décret 191/PRES/PM/MFB portant statut général des établissements publics de santé*. Document inédit, Burkina Faso.
- Ministère de la Santé (2004). *Normes et indicateurs de la prestation infirmière en milieu hospitalier*. Document inédit, Burkina Faso.
- Mintzberg, H. (2003). *Le Management. Voyage au centre des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Minvielle, E. (1994). Un changement sur ordonnance. *Gérer et comprendre*. 35, 43-55.
- Minvielle, E. (1999). Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : Quel fondement organisationnel? *Revue politique et management public*, 17 (4), 59- 84.
- Montésinos, A, (1991). *Organiser des soins de qualité dans les services hospitaliers*. Encyclopédie des soins infirmiers. Paris : GRAW-HILL.
- Morin, D. (1999). Mesure de résultats en soins infirmiers: Satisfaction des usagers. *Recherche en soins infirmiers*, 95 (58), 95-102.
- Nicol, M. N. & Walker, S. (1991). *Basic management for staff nurses. A companion to Practice*. London: Chapman and Hall.
- Nikiéma, B., Heinmuller, B. & Borchert, M. (1998). *Appréciation de la qualité des soins par la population dans un district sanitaire du milieu rural au Burkina Faso*. Rapport de recherche. Document inédit, Nouna, Burkina Faso.

- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2001). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1988). *Conférence Européenne sur les soins infirmiers*. Rapport sur une réunion de l'OMS, bureau régional de l'Europe, Vienne.
- Organisation Mondiale de la Santé (1994). *Rapport du groupe de travail sur l'assurance de la qualité*. Genève, WMO/SHS/OHS/94.
- Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux*. Rapport du secrétariat : cinquante sixième assemblée mondiale de la santé, point 14.11 de l'ordre du jour provisoire, A56/19, Genève.
- Ouédraogo, P. (1994). *Élaboration de normes et critères de soins infirmiers en pédiatrie*. Mémoire de fin d'études inédit, École Nationale de Santé Publique. Burkina Faso.
- Ouellet, S., Bernier, J. & Grenier, R. (1996). L'élaboration et la validation de normes et critères de qualité de soins et services dispensés en UHRESS aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs proches. *Gésiqualité*, 14 (3), 4-7.
- Pineault, R., Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles.
- Pineault, R., Goulet, L. (1995). Les indicateurs de santé. Les utiliser, oui, mais ne pas en abuser. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 2 (2), 140-150.
- Pita, D. (1989). Nurse-physician collaboration toward quality. *Journal nursing quality Assurance*, 3 (2), 11-18.
- Poirier, C. G. (1987). La qualité, pourquoi ? comment ? *Recherche en soins infirmiers*, 9 (10), 150-157.
- Potter, P. A. & Porry, A. G. (2002). *Soins infirmiers*. Tome 1. Laval : Études Vivantes.
- Président du Faso. (2002). *Décret 464/PRES/PM/MS portant organisation du Ministère de la santé*, 28 octobre. Burkina Faso.
- Reeves, C. A., Bednar, D. A. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19 (3), 419-445.
- Robins, H. B. & Moskowitz, M. A. (1988). Discharge decision making in a medical intensive care unit. *American Journal of Medicine*, 84, 863-869.

- Swansburg, R. C. & Swansburg, R. J. (2002). *Organizing nursing services*. In Introduction to management and leadership for nurses managers (3<sup>e</sup> ed.), chapter 14 (pp. 296-335). Boston: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Swansburg, R. C. (2002). *Communication*. In R. C. Swansburg & R. J. Swansburg. Introduction to management and leadership for nurses managers (3<sup>e</sup> ed.), chapter 20 (pp. 436-456). Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Saucier, A., Brunelle, Y. (1995). *Les indicateurs et la gestion par résultats*. Gouvernement du Québec, MSSS. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Méthodologie et instrumentation. n<sup>o</sup> 8.
- Schaefer, M. J. (1976). The techniques of nursing management. How should we organize? *Contemporary Publishing, Inc.*, 2, 17-19.
- Schneider, B., Brief, A. P., & Guzzo, R. A. (1996). Creating a climate and culture for sustainable organizational change. *Organizational Dynamics*, 24/25, 7-19.
- Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles : SPCNLS-IST. (2004). *Récapitulatif de statistiques sur le VIH/SIDA au Burkina Faso*. Document Inédit, Burkina Faso.
- Shortell, S. M., Rousseau, D. M., Gillie, R. R., Devers, K. J., Simons, T. L. (1991). Organizational assessment in intensive care units (ICU): Construct development reliability and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Medical care*, 29 (8), 709-727.
- Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseau, D. M., Gillie, R. R., Wagner, D. P., Draper, E. A., & al. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical care*, 32(5), 508-525.
- Spitzer-Lehmann, R. (1994). *Nursing Management Desk Reference. Concepts, Skills & Strategies*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Ste-Marie, F. (2000). Les nouvelles technologies de formation : pour des approches de formation ponctuelles et adaptées aux besoins des infirmières. *L'infirmière du Québec*, 7(4), 23-25.
- Stordeur, S. (2003). De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité. *Revue Hospitals. BE*, 1(2), 1-8.

- Sylvestre, C. (2003). Le passage de l'information entre les structures sanitaires: Comment et vers qui l'information est transmise. *Recherche en soins infirmiers*, 74, 47-72.
- Tonneau, D. (1995). L'hôpital et l'organisation. *Gestions Hospitalières*, 345, 32-37.
- Videla, M., F. (2002). *Le processus de collaboration interprofessionnelle à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M. Leclerc, M. M. (2002). *Optimiser votre environnement de travail en soins infirmiers*. Presses Inter-Universitaires.
- Villeneuve, P. (2002). Vers la professionnalisation de la fonction formation au centre hospitalier des Pyrénées de Pau. *Gestions Hospitalières*, 413, 116-120.

*Appendice A*

Liste initiale des normes et des critères  
de qualité d'organisation de l'unité de soins (Hubinon, 1998)

Dimensions (9)	Normes (50)	Critères (164)
1. Prise en charge du patient	7	24
2. Gestion de l'unité de soins	11	46
3. Communication-information	7	23
4. Maillage interdisciplinaire	9	25
5. Formation	3	12
6. Gestion du matériel biomédical	3	18
7. Gestion des activités hôtelières	3	12
8. Prévision de l'imprévu	2	4
9. Culture de l'unité de soins	5	0

#### **DIMENSION 1 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT (CLIENT EXTERNE)**

<b>Norme 1.1</b>	<b>L'infirmier(e) de référence planifie les activités de soins indirects du patient quotidiennement afin de coordonner l'ensemble des soins infirmiers.</b>
<b>Critère 1.1.1</b>	La programmation des soins infirmiers indirects de chaque patient est révisée régulièrement en fonction des prestations médicales.
<b>Critère 1.1.2</b>	Toute demande de soins indirects du patient est prise en considération et est intégrée dans une programmation des soins indirects.
<b>Critère 1.1.3</b>	Le patient a la connaissance du programme de sa journée.
<b>Critère 1.1.4</b>	L'infirmier(e) de référence connaît l'heure des rendez-vous fixés pour les examens de chaque patient dont elle a la charge.
<b>Critère 1.1.5</b>	Les demandes d'examens et d'avis sont planifiées sur un support écrit faisant partie du dossier infirmier.
<b>Norme 1.2</b>	<b>La planification journalière des soins infirmiers de chaque patient existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 1.2.1</b>	La programmation horaire des soins infirmiers est un élément constitutif du dossier infirmier.
<b>Critère 1.2.2</b>	L'infirmier(e) de référence révisé quotidiennement la programmation horaire des soins infirmiers de chaque patient.
<b>Norme 1.3</b>	<b>Le dossier infirmier est un support de centralisation des informations sur le patient.</b>
<b>Critère 1.3.1</b>	Le dossier infirmier est disponible au sein de l'unité.
<b>Critère 1.3.2</b>	Le dossier infirmier est un support écrit pour faciliter la communication verbale lors changements d'équipes.
<b>Critère 1.3.3</b>	Le dossier infirmier est un document composé d'éléments standardisés.
<b>Critère 1.3.4</b>	Un système de classement des dossiers infirmiers assure une manutention correcte de ces derniers.
<b>Norme 1.4</b>	<b>L'organisation de l'unité de soins et des soins infirmiers est facilitée par des services médico-techniques et administratifs adéquats.</b>
<b>Critère 1.4.1</b>	Le suivi de l'information relative aux résultats d'examens demandés en urgence est assuré dans un délai raisonnable.

<b>Norme 1.5</b>	<b>Le tour médical des patients est organisé.</b>
<b>Critère 1.5.1</b>	Il existe un accord entre le(s) médecin(s) titulaire(s) et l'infirmier(e) responsable sur les modalités d'organisation du tour médical et cet accord est respecté.
<b>Critère 1.5.2</b>	L'infirmière de référence participe au tour médical.
<b>Critère 1.5.3</b>	Il existe une convention entre l'infirmier(e) et le médecin responsable quant à la prise en charge, dans un délai souhaité, des patients posant des problèmes aigus (hyperthermie, désorientation aiguë, anurie...).
<b>Norme 1.6-</b>	<b>La programmation de l'information au client est assurée au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 1.6.1</b>	L'infirmier(e) responsable programme l'information au patient pour les examens prévus du jour.
<b>Critère 1.6.2</b>	L'unité de soins possède des brochures d'accueil disponibles pour le patient.
<b>Critère 1.6.3</b>	L'unité de soins dispose d'un vade-mecum des examens médicaux en vue de faciliter l'information au patient.
<b>Norme 1.7</b>	<b>Une gestion adéquate des produits pharmaceutiques est assurée au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 1.7.1</b>	Les produits pharmaceutiques de l'armoire d'urgence sont répertoriés sur support écrit et remis à jour régulièrement. Le contrôle de péremption est assuré.
<b>Critère 1.7.2</b>	La dotation qualitative et quantitative de l'unité en produits pharmaceutiques est revue régulièrement sur base des besoins de l'unité.
<b>Critère 1.7.3</b>	La gestion des produits pharmaceutiques respecte leurs modalités de conservation.
<b>Critère 1.7.4</b>	La sécurité des produits pharmaceutiques est assurée dans l'unité.
<b>Critère 1.7.5</b>	En dehors des heures ouvrables de la pharmacie, l'approvisionnement en médicaments urgents est assuré.
<b>Critère 1.7.6</b>	Le prêt d'un stupéfiant à une autre unité de soins est consigné suivant une procédure conforme aux règlements relatifs à l'utilisation des stupéfiants.

## DIMENSION 2 : GESTION DE L'UNITÉ DE SOINS

<b>Norme 2.1</b>	<b>L'infirmier(e) responsable planifie quotidiennement les besoins en soins directs et indirects du patient afin de coordonner l'ensemble des activités de soins.</b>
<b>Critère 2.1.1</b>	Dans les deux heures qui suivent le début de son service, l'infirmier(e) planifie un contact avec chaque patient de son unité.
<b>Critère 2.1.2</b>	Un rapport écrit servant à l'attribution nominative des soins directs pour chaque pause de travail existe au sein de l'unité.
<b>Critère 2.1.3</b>	L'attribution des soins directs et indirects pour chaque pause de travail est faite en fonction : a) de la qualification (degré de compétence) du personnel infirmier et soignant b) du ratio personnel infirmier/personnel soignant présent pour chaque pause de travail c) des tâches indirects à accomplir.
<b>Norme 2.2</b>	<b>La répartition journalière du personnel soignant par l'infirmier(e)-chef est équitable selon la charge du travail.</b>
<b>Critère 2.2.1</b>	La répartition des patients tient compte de leurs besoins et du niveau d'habileté du personnel.
<b>Critère 2.2.2</b>	La disponibilité du personnel soignant est programmée en fonction des admissions prévues.
<b>Critère 2.2.3</b>	La disponibilité du personnel infirmier et soignant est assurée au moment des heures de visites des familles.

<b>Norme 2.3</b>	<b>La répartition journalière du personnel par l'infirmier(e)-chef est équitable selon le niveau de qualification, le degré de compétence de l'équipe.</b>
<b>Critère 2.3.1</b>	Le planning horaire du personnel de l'unité est agencé de manière à tenir compte d'un équilibre journalier dans la qualification du personnel présent.
<b>Critère 2.3.2</b>	La répartition journalière du personnel infirmier et soignant est réalisée par l'infirmier(e)-chef ou sa remplaçante.
<b>Critère 2.3.3</b>	La répartition journalière reprend toutes les personnes prévues sur le planning horaire excepté l'infirmier(e)-chef ainsi que les étudiants infirmiers par leur nom.
<b>Critère 2.3.4</b>	La répartition journalière précise le nom de l'infirmier(e) « responsable » pour chaque pause de travail.
<b>Critère 2.3.5</b>	En cas d'absence imprévue d'un membre de l'équipe de soins, une modification écrite de la répartition du travail doit s'établir.
<b>Critère 2.3.6</b>	En cas d'absence imprévue de l'infirmier(e)-chef, l'équipe de soins connaît les personnes déléguées pour assurer les responsabilités de gestion de l'unité de soins.
<b>Critère 2.3.7</b>	L'infirmier(e) de référence est responsable de la prise en charge globale des besoins de plusieurs patients pendant son service (soins infirmiers intégrés).
<b>Critère 2.3.8</b>	Chaque patient de l'unité peut désigner son infirmier(e) de référence.
<b>Norme 2.4</b>	<b>La gestion de l'unité de soins est garantie par un infirmier(e) responsable.</b>
<b>Critère 2.4.1</b>	La prise en charge de la gestion de l'unité de soins est assurée par une infirmière déléguée et ce, en cas d'absence de l'infirmier(e) responsable.
<b>Critère 2.4.2</b>	La communication au sujet de la gestion de l'unité de soins s'établit entre l'infirmier(e)-chef et sa remplaçante.
<b>Critère 2.4.3</b>	Une secrétaire hospitalière est présente parmi le staff du personnel soignant de l'unité.
<b>Critère 2.4.4</b>	Les monographies de fonction (infirmier(e)-chef, infirmier(e), infirmier(e) de référence dans un domaine spécifique, aide-soignant(e), aide-logistique, etc.) sont à la disposition du personnel de l'unité.
<b>Norme 2.5</b>	<b>Une évaluation régulière de la compétence du personnel est organisée dans l'unité.</b>
<b>Critère 2.5.1</b>	L'évaluation de compétence repose sur des critères établis par écrits, par l'infirmier(e) responsable et un groupe d'experts, connus et acceptés par le personnel évalué.
<b>Critère 2.5.2</b>	Le personnel infirmier nouvellement engagé est évalué au moins à la fin du troisième mois et du sixième mois de sa période d'essai au moyen du document d'évaluation.
<b>Critère 2.5.3</b>	Le personnel infirmier et soignant (dont l'ancienneté est supérieure à un an) est évalué une fois par an par l'infirmier(e) responsable.
<b>Critère 2.5.4</b>	En dehors de période d'évaluation, « tout problème important » (erreur, négligence, arrivée tardive, manquements, comportements inadéquats répétés, aptitudes relationnelles non conformes...) relatif au personnel infirmier et/ou au soignant fait l'objet d'une concertation avec l'intéressé et est consigné par écrit (document signé par le personnel d'encadrement et la personne concernée).
<b>Norme 2.6</b>	<b>La gestion des horaires de l'équipe de soins est adéquate dans l'unité.</b>
<b>Critère 2.6.1</b>	Le planning horaire de l'équipe de soins est établi pour une durée de prestations d'au moins quinze jours.
<b>Critère 2.6.2</b>	La programmation des congés payés et congés de récupération pour l'ensemble du personnel de l'unité est adéquate.
<b>Critère 2.6.3</b>	L'horaire du personnel soignant est accessible dans l'unité.

<b>Norme 2.7</b>	<b>Les auxiliaires de soins (aides-soignant(e)s) sont intégré(e)s au sein de l'équipe infirmier(e) de l'unité.</b>
<b>Critère 2.7.1</b>	L'auxiliaire de soins est intégré(e) systématiquement dans des activités de soins.
<b>Critère 2.7.2</b>	L'auxiliaire de soins participe aux activités d'information de l'unité.
<b>Critère 2.7.3</b>	L'auxiliaire de soins a accès aux données sur le patient dans le dossier infirmier.
<b>Norme 2.8</b>	<b>L'intégration du personnel intérimaire est assurée au sein de l'équipe de soins.</b>
<b>Critère 2.8.1</b>	L'infirmier(e) responsable a connaissance des prestations horaires du personnel intérimaire.
<b>Critère 2.8.2</b>	L'infirmier(e) responsable planifie un moment pour la transmission d'informations auprès de l'intérimaire; sa prise en charge est assurée par un membre de l'équipe de soins.
<b>Critère 2.8.3</b>	La planification du travail infirmier pour la personne intérimaire est assurée par l'infirmier(e)-chef.
<b>Critère 2.8.4</b>	Le personnel intérimaire participe au rapport oral et/ou écrit lors du changement d'équipes. Il a connaissance de l'évolution de l'état des patients de l'unité.
<b>Norme 2.9</b>	<b>L'intégration des étudiants infirmiers est assurée.</b>
<b>Critère 2.9.1</b>	L'infirmier(e)-chef connaît le niveau de formation des étudiants infirmiers présents dans l'unité.
<b>Critère 2.9.2</b>	L'infirmier(e)-responsable prévoit une information relative à l'organisation générale de l'unité au cours de la première journée de présence des étudiants infirmiers.
<b>Critère 2.9.3</b>	La planification des activités en soins infirmiers des étudiants infirmiers est prévue avec l'infirmier(e) enseignant(e) et l'infirmier(e)-chef.
<b>Critère 2.9.4</b>	Si l'encadrement des étudiants infirmiers n'est pas assuré régulièrement par un(e) infirmier(e) enseignant(e), chaque étudiant est pris en charge par un(e) infirmier(e) de l'unité.
<b>Critère 2.9.5</b>	Les étudiants infirmiers, sans encadrement scolaire assuré, sont au nombre maximal de 4 effectifs par unité.
<b>Critère 2.9.6</b>	En début de prestations, les étudiants infirmiers disposent d'informations orales concernant l'état des patients dont ils ont la prise en charge.
<b>Norme 2.10</b>	<b>La gestion de l'occupation des lits est adéquate.</b>
<b>Critère 2.10.1</b>	La programmation des admissions prévisibles est transmise à l'unité au moins la veille du jour des admissions.
<b>Critère 2.10.2</b>	Les données relatives à la programmation des admissions des patients sont complétées.
<b>Critère 2.10.3</b>	Une répartition adéquate des patients par chambre dans l'unité est réalisée.
<b>Critère 2.10.4</b>	L'unité de soins possède un tableau qui permet de repérer rapidement la situation géographique des patients dans le service.
<b>Norme 2.11</b>	<b>Le matériel de bureau de l'unité de soins correspond aux besoins du personnel infirmier.</b>
<b>Critère 2.11.1</b>	L'unité de soins dispose de classeurs ou autre système avec moyen d'étiquetage afin de faciliter une tenue correcte des informations écrites.
<b>Critère 2.11.2</b>	L'unité de soins assure un système de rangement relationnel des documents administratifs.
<b>Critère 2.11.3</b>	Des documents administratifs standardisés sont en quantité suffisante dans l'unité de soins.
<b>Critère 2.11.4</b>	Les documents administratifs sont accessibles directement par la secrétaire hospitalière.

---

**DIMENSION 3 : COMMUNICATION – INFORMATION**

---

<b>Norme 3.1</b>	<b>L'ensemble des informations écrites est diffusé, centralisé et accessible au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 3.1.1</b>	L'unité de soins possède un système d'affichage et d'accès des informations générales concernant le fonctionnement de l'unité de soins.
<b>Critère 3.1.2</b>	L'ensemble des notes de services est diffusé régulièrement.
<b>Critère 3.1.3</b>	Les notes de service de l'année en cours sont centralisées dans une farde.
<b>Critère 3.1.4</b>	Les notes de service de l'année en cours sont accessibles à toute l'équipe de soins.
<b>Critère 3.1.5</b>	Toute information écrite et affichée est lisible, datée et signée.
<b>Norme 3.2</b>	<b>La communication orale et écrite au sujet des patients existent dans l'unité.</b>
<b>Critère 3.2.1</b>	Des notes sur l'évolution de l'état des patients sont rédigées à chaque fin de pause de l'équipe.
<b>Critère 3.2.2</b>	Un rapport oral et écrit existe à chaque changement d'équipe, sur l'évolution des patients de l'unité.
<b>Critère 3.2.3</b>	La communication orale est facilitée à chaque changement d'équipes par l'utilisation d'un recouvrement horaire suffisant.
<b>Critère 3.2.4</b>	Lors d'un transfert patient par l'unité des urgences, une transmission écrite des informations est planifiée pour l'infirmière de référence de l'unité.
<b>Critère 3.2.5</b>	Lors d'un transfert patient par l'unité des urgences, un rapport oral est planifié.
<b>Critère 3.2.6</b>	Les abréviations utilisées dans les notes écrites sont conformes aux directives de l'hôpital.
<b>Norme 3.3</b>	<b>La réunion d'équipe existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 3.3.1</b>	La réunion, organisée par l'infirmier(e)-chef, a lieu une fois par mois (hormis les périodes de vacances).
<b>Critère 3.3.2</b>	La réunion d'équipe fait l'objet d'un compte-rendu écrit.
<b>Norme 3.4</b>	<b>La collaboration médicale et infirmière existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 3.4.1</b>	Les réunions des équipes médicale et infirmière de l'unité sont programmées régulièrement (au moins une fois par an).
<b>Critère 3.4.2</b>	Le personnel médical est informé de la planification théorique d'une journée standard du personnel infirmier de l'unité.
<b>Critère 3.4.3</b>	Une concertation au sujet du planning horaire existe en cas de participation du médecin à un soin (visualisation d'un site de ponction, d'une plaie traumatique ou chirurgicale ...).
<b>Critère 3.4.4</b>	Un document reprenant les renseignements nécessaires en cas de besoin de contact du personnel médical de l'unité existe.
<b>Critère 3.4.5</b>	Le personnel infirmier peut contacter rapidement le personnel médical de l'unité.
<b>Norme 3.5</b>	<b>Le personnel infirmier et soignant de l'unité a connaissance des directives et travaux du comité d'hygiène hospitalière.</b>
<b>Critère 3.5.1</b>	Le manuel de procédures de techniques d'hygiène hospitalière est accessible à l'équipe soignante de l'unité.
<b>Critère 3.5.2</b>	Le rapport statistique des infections nosocomiales est accessible dans l'unité.

---

<b>Norme 3.6</b>	<b>Le recueil des règlements d'ordre intérieur émanant de l'institution existe au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 3.6.1</b>	Un recueil des règlements d'ordre intérieur est accessible dans l'unité.
<b>Norme 3.7</b>	<b>Le personnel de l'unité connaît les mesures préventives et correctives en cas de Danger.</b>
<b>Critère 3.7.1</b>	Un manuel de procédures relatives aux mesures à appliquer en cas de danger existe dans l'unité.
<b>Critère 3.7.2</b>	L'infirmier(e)-chef sensibilise régulièrement l'équipe de soins quant aux mesures à appliquer en cas de danger.

#### DIMENSION 4 : MAILLAGE INTERDISCIPLINAIRE (OU CLIENT INTERNE)

<b>Norme 4.1</b>	<b>La coordination avec les services médico-techniques, administratifs, logistiques et unités de soins existe.</b>
<b>Critère 4.1.1</b>	Il existe un accord écrit relatif à la coordination des activités des unités médico-techniques et de l'unité de soins.
<b>Critère 4.1.2</b>	Il existe une concertation régulière entre les unités de soins et les unités médico-techniques.
<b>Critère 4.1.3</b>	Il existe un manuel regroupant les consignes issues de ces concertations.
<b>Critère 4.1.4</b>	Lors d'un transfert de patient, le moment du transfert est déterminé en accord entre les unités de soins concernées.
<b>Norme 4.2</b>	<b>La coordination avec les équipes paramédicales existe.</b>
<b>Critère 4.2.1</b>	Une collaboration de l'équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, kinésithérapeute, lagopède, assistante sociale, diététicienne, etc.) existe en réponse à un besoin spécifique de l'unité.
<b>Critère 4.2.2</b>	En cas de besoin, l'unité de soins assure une concertation avec les ministres des cultes selon la procédure d'appel existante.
<b>Norme 4.3</b>	<b>L'unité de soins collabore avec les différents corps de métiers.</b>
<b>Critère 4.3.1</b>	L'infirmier(e)-chef d'unité est avertie des travaux qui ont lieu dans son unité.
<b>Critère 4.3.2</b>	Lors d'un problème technique urgent, l'unité de soins assure un contact avec le corps de métier concerné dans un délai de 24 heures.
<b>Critère 4.3.3</b>	L'équipe de soins organise l'établissement des bons de commande de réparation dans la semaine pour une demande « non urgente ».
<b>Critère 4.3.4</b>	L'équipe de soins planifie un suivi des bons de réparation dans les 24 heures pour une demande « urgente » et dans la semaine pour une demande « non urgente ».
<b>Norme 4.4</b>	<b>En cas de besoin, l'unité de soins dispose d'un service de brancardage.</b>
<b>Critère 4.4.1</b>	Il existe des modalités de fonctionnement entre l'unité de soins et le service de brancardage. Ces modalités concernent les items suivants : connaître la géographie des locaux et la numérotation des lits; s'informer du degré de mobilisation du patient; connaître le nom du patient, la destination et l'heure du transport; indiquer à l'infirmière de l'unité le service technique où il transporte le patient; connaître le lieu de rangement des dossiers médicaux; emporter les documents médicaux nécessaires à l'examen.
<b>Critère 4.4.2</b>	L'horaire des brancardiers est planifié pour assurer la plupart des tâches qui leur incombent.

<b>Critère 4.4.3</b>	Le service du brancardage accompagne les patients dans ses déplacements vers les unités techniques ou de consultation de l'hôpital.
<b>Critère 4.4.4</b>	Le service de brancardage assure les différentes courses de l'unité de soins.
<b>Norme 4.5</b>	<b>L'horaire des consultations est connu et présent dans l'unité.</b>
<b>Critère 4.5.1</b>	L'horaire des consultations est disponible dans l'unité.
<b>Critère 4.5.2</b>	Lors de la mise à jour des horaires de consultation, le nouvel horaire est transmis dans l'unité.
<b>Critère 4.5.3</b>	Ce document relatif à l'horaire des consultations représente pour l'équipe un support facilitant une prise de rendez-vous adéquate des examens et des consultations pour le patient.
<b>Norme 4.6</b>	<b>Dès l'apparition d'un problème de non coordination des activités de soins, une concertation inter-unités a lieu entre les intervenants concernés des différentes unités.</b>
<b>Critère 4.6.1</b>	Lors de la survenue d'un problème, une concertation inter-unités est planifiée entre les personnes responsables des unités concernées dans un délai de huit jours.
<b>Norme 4.7</b>	<b>La programmation des examens médicaux des patients est adéquate.</b>
<b>Critère 4.7.1</b>	Un profil des examens usuels par pathologie existe sur support écrit au sein de l'unité.
<b>Critère 4.7.2</b>	La planification des examens médicaux respecte les principes de base, tels que : la séquence des examens; l'état de santé du patient; l'ordre de priorité d'urgence ou non en fonction de l'état de santé du patient; l'ordre des examens en fonction des protocoles de préparation (par exemple, une urographie I.V. est programmée avant un lavement baryté).
<b>Critère 4.7.3</b>	Lors de l'annulation d'un examen, l'unité de soins prévoit d'informer le service médico-technique, dans un délai le plus bref, du changement éventuel de l'état de santé du patient et/ou de l'avis du médecin (par exemple, aggravation de l'état général du patient - annulation d'un examen).
<b>Norme 4.8</b>	<b>L'organisation des soins infirmiers directs et indirects tient compte du nombre de transfert de patients admis dans l'unité.</b>
<b>Critère 4.8.1</b>	Lors d'un transfert de patient, le moment du transfert est déterminé en accord entre les unités de soins concernées.
<b>Critère 4.8.2</b>	Lors d'un transfert de patient, le rapport oral et écrit au sujet de l'état de santé du patient représente le tableau de bord pour la planification et la gestion des soins de l'unité d'accueil.
<b>Norme 4.9</b>	<b>Les données administratives du patient sont immédiatement disponibles dès son admission dans l'unité.</b>
<b>Critère 4.9.1</b>	L'unité de soins dispose des renseignements administratifs du patient dans l'heure qui suit son admission.
<b>Critère 4.9.2</b>	Les renseignements administratifs sont complets et comprennent au moins les cinq points suivants : nom et prénom du patient; date de naissance; numéro de dossier attribué par l'hôpital; coordonnées de la personne à avertir; identification et numéro de l'organisme assureur.

### DIMENSION 5 : FORMATION

<b>Norme 5.1</b>	<b>Des actions de formation permanente sont assurées au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 5.1.1</b>	Le programme mensuel des formations organisées par le département infirmier est affiché.
<b>Critère 5.1.2</b>	Le personnel infirmier et soignant participe aux séances de formation permanente.
<b>Critère 5.1.3</b>	L'infirmier(e)-chef établit l'horaire du personnel de l'unité en fonction du planning des séances de formation.
<b>Critère 5.1.4</b>	La grille de compétences du personnel de l'unité est un outil nécessaire à l'identification des besoins de formation.
<b>Critère 5.1.5</b>	La formulation d'objectif(s) de maintien du niveau de compétences du personnel infirmier et soignant fait partie des objectifs de l'unité. Des actions de formations permanentes sont prévues pour l'(les) atteindre.
<b>Norme 5.2</b>	<b>Des modalités d'accueil et d'intégration du nouveau personnel existent dans l'unité.</b>
<b>Critère 5.2.1</b>	L'infirmier(e)-chef d'unité, lors de l'entrée en fonction d'un nouvel effectif, est avertie de la date et de l'heure d'arrivée.
<b>Critère 5.2.2</b>	L'infirmier(e)-chef d'unité prévoit l'accueil et l'intégration du nouveau personnel infirmier et soignant dans l'unité.
<b>Critère 5.2.3</b>	L'infirmier(e)-chef d'unité prévoit l'information relative à l'organisation générale de l'unité de soins, au cours de la première semaine de présence d'un nouvel employé dans l'équipe soignante.
<b>Critère 5.2.4</b>	Un support écrit relatif à l'organisation générale de l'unité de soins est mis à la disposition de tout nouvel employé.
<b>Critère 5.2.5</b>	Chaque membre de l'équipe de soins dispose d'un badge d'identification comportant le nom et la fonction de l'intéressé.
<b>Norme 5.3</b>	<b>Un manuel de procédures de techniques de soins est disponible dans l'unité.</b>
<b>Critère 5.3.1</b>	Un manuel de standardisation des soins pré et post-opératoires et des soins pré et post-examens est disponible dans l'unité.
<b>Critère 5.3.2</b>	Le manuel de procédures des techniques de soins est réactualisé au moins tous les trois ans.

### DIMENSION 6 : GESTION DU MATÉRIEL BIOMÉDICAL ET DE L'ÉQUIPEMENT

<b>Norme 6.1</b>	<b>La gestion du matériel et de l'équipement nécessaire à la dispensation des soins est garantie.</b>
<b>Critère 6.1.1</b>	L'unité de soins possède un lieu de rangement permettant un accès facile de l'équipement (barreaux de lits, pieds à perfusion, support, etc.).
<b>Critère 6.1.2</b>	Dans chaque chambre et par lit, l'équipement suivant est assuré : une table de nuit; une chaise; un fauteuil; une petite table pour la prise des repas; une arrivée d'oxygène; un système d'aspiration; une lampe individuelle; une sonnette d'appel; un lavabo par chambre.
<b>Critère 6.1.3</b>	L'infirmier(e) responsable ou l'infirmier(e) délégué(e) vérifie, une fois par mois, l'intégrité de la dotation de l'équipement et du matériel de soins.
<b>Critère 6.1.4</b>	L'unité de soins dispose d'un inventaire reprenant la dotation en matériel biomédical et d'appoint.
<b>Critère 6.1.5</b>	L'équipement d'appoint et le matériel biomédical nécessaires, en cas de dotation insuffisante dans l'unité, est à la disposition du personnel de l'unité dans l'heure qui suit.

<b>Critère 6.1.6</b>	L'unité de soins dispose d'un document reprenant le matériel biomédical et l'équipement prévu dans le cadre de l'investissement annuel.
<b>Critère 6.1.7</b>	La dotation en matériel biomédical et équipement de l'unité de soins est revue une fois par an sur base des besoins d'utilisation spécifique de l'unité de soins.
<b>Critère 6.1.8</b>	En cas d'usage d'un nouvel équipement ou de nouveau matériel, le personnel dispose d'une procédure écrite relative à la mise en marche adéquate et aux précautions particulières à prendre lors de l'utilisation du matériel biomédical et/ou de l'équipement.
<b>Critère 6.1.9</b>	L'unité de soins dispose d'un répertoire de fiches techniques concernant la morphologie des équipements, leur fonctionnement, leur entretien après usage, il est remis à jour tous les deux ans.
<b>Critère 6.1.10</b>	Une personne de l'unité de soins vérifie la livraison du matériel de soins fourni par le magasin central, par la pharmacie, par la stérilisation centrale.
<b>Critère 6.1.11</b>	Le matériel biomédical dysfonctionnel est réparé dans un délai raisonnable.
<b>Critère 6.1.12</b>	L'unité de soins rappelle le responsable du contrôle de l'équipement en cas de non respect du planning hebdomadaire, mensuel ou annuel de vérification de l'équipement.
<b>Norme 6.2</b>	<b>La sécurité du matériel et de l'équipement est garantie au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 6.2.1</b>	Des armoires de rangement sont mis à la disposition du personnel de l'unité pour le matériel biomédical.
<b>Critère 6.2.2</b>	L'inventaire reprenant la dotation en matériel biomédical de l'unité comporte une rubrique relative au numéro de référence de ce matériel.
<b>Critère 6.2.3</b>	Un cahier de prêt et d'emprunt du matériel est tenu par l'unité de soins. Il comportera les items suivants : la date - l'heure du prêt et d'emprunt du matériel; l'unité de soins demandeuse ou prêteuse; le type de matériel et son numéro de référence; la date de retour du matériel prêté ou emprunté; le nom de la personnes réceptionniste du matériel prêté; la signature de l'infirmier(e) emprunteur(se); la signature de l'infirmier(e) prêteur(se).
<b>Norme 6.3</b>	<b>Le matériel d'urgence existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 6.3.1</b>	Le matériel d'urgence pour les patients est disponible dans l'unité.
<b>Critère 6.3.2</b>	Une liste de la dotation du matériel et des produits pharmaceutiques est présente dans la valise d'urgence ou sur le chariot.
<b>Critère 6.3.3</b>	L'équipement de la valise d'urgence ou du chariot est vérifié une fois par mois et après chaque utilisation.

### **DIMENSION 7 : GESTION DES ACTIVITÉS HÔTELIÈRES**

<b>Norme 7.1</b>	<b>La gestion du matériel hôtelier répond aux besoins de l'unité.</b>
<b>Critère 7.1.1</b>	L'approvisionnement en linge correspond à la dotation de l'unité.
<b>Critère 7.1.2</b>	Des dispositions existent pour ajuster la dotation du linge aux besoins de l'unité.
<b>Critère 7.1.3</b>	L'unité de soins dispose d'une vaisselle répondant aux besoins des patients.

<b>Norme 7.2</b>	<b>Les tâches hôtelières sont organisées dans l'unité.</b>
<b>Critère 7.2.1</b>	La planification de la commande des repas est assurée en fonction des consignes médicales et de la diététicienne.
<b>Critère 7.2.2</b>	L'identification du patient est assurée sur les bons de commande de repas.
<b>Critère 7.2.3</b>	Au moment de la distribution des repas, l'infirmier(e) de référence prévoit une vérification de la conformité des régimes commandés.
<b>Critère 7.2.4</b>	La distribution des repas se fait conformément à un horaire déterminé.
<b>Critère 7.2.5</b>	Après un examen nécessitant une mise à jeun, l'unité de soins prévoit une collation ou un repas à présenter au patient.
<b>Critère 7.2.6</b>	La mise « à jeun » des patients est respectée.
<b>Norme 7.3</b>	<b>L'assurance de l'exécution de la propreté des locaux existe au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 7.3.1</b>	La propreté des locaux est garantie au sein de l'unité de soins.
<b>Critère 7.3.2</b>	La programmation des heures de nettoyage est adéquate en fonction de l'administration des soins infirmiers aux patients.
<b>Critère 7.3.3</b>	Un membre du personnel de nettoyage est disponible immédiatement en cas de besoin dans l'unité.

#### DIMENSION 8 : PRÉVISION DE L'IMPRÉVU

<b>Norme 8.1</b>	<b>L'unité de soins peut gérer l'imprévu.</b>
<b>Critère 8.1.1</b>	La planification d'une journée standard est écrite dans l'unité et ce dans le but de définir un document de référence quant aux événements prévisibles de l'unité de soins.
<b>Critère 8.1.2</b>	La planification d'une journée prise au hasard est observée.
<b>Critère 8.1.3</b>	En cas de survenue d'événements imprévisibles, le retard de la planification de la journée est résorbé dans un délai raisonnable.
<b>Norme 8.2</b>	<b>Une concertation est établie sur les modalités de transfert des admissions imprévues du service des urgences vers l'unité de soins.</b>
<b>Critère 8.2.1</b>	Le service des urgences planifie avec l'unité de soins le moment de transfert du patient nouvellement admis et ce, dans un délai raisonnable.

#### DIMENSION 9 : CULTURE DE L'UNITÉ DE SOINS

<b>Normes</b>	
<b>Norme 9.1</b>	L'unité de soins établit régulièrement de nouveaux objectifs de qualité.
<b>Norme 9.2</b>	Le personnel de l'unité de soins est capable d'adhérer à tout changement pour l'amélioration de l'organisation de l'unité de soins.
<b>Norme 9.3</b>	Le personnel de l'unité de soins est doté de savoir-être, de savoir-faire, de savoir-penser.
<b>Norme 9.4</b>	L'infirmière est capable de prendre rapidement des décisions au sein de l'unité.
<b>Norme 9.5</b>	L'excellence de l'infirmière est recherchée au niveau de l'accomplissement des soins indirects.

*Appendice B*

Modifications apportées à la liste initiale des normes et des critères de qualité  
d'organisation de l'unité de soins (Hubinon, 1998)

### **Dimension 1- Prise en charge du patient**

#### **Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés**

**Reformulés** \* 1.2; 1.3; 1.5; 1.6; 1.7

\*\* 1.1.1; 1.1.2; 1.1.5; 1.2.2; 1.3.1; 1.3.2; 1.4.1; 1.5.1; 1.5.2; 1.6.1;  
1.6.2; 1.7.1; 1.7.2; 1.7.3; 1.7.4; 1.7.5

**Déplacés**

\*\* 1.1.3; 1.2.1

**Ajoutés (références)**

\*\* 1.3.1; 1.3.2 Grenier, Drapeau et Desautels (1989)

1.5.6; 1.5.11; 1.5.12 Jacquerye (1983)

1.1.1; 1.2.5; 1.3.3; 1.3.4; 1.4.2; 1.4.4; 1.5.2; 1.5.4; 1.5.7; 1.5.8; 1.5.9; 1.5.10;

1.6.2; 1.6.4 Sawadogo (2005)

**Rejetés** \* 1.1

\*\* 1.1.4; 1.3.3; 1.3.4; 1.5.3; 1.6.3; 1.7.6

### **Dimension 2 – Gestion de l'unité de soins**

#### **Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés**

**Reformulés** \* 2.1; 2.3; 2.4; 2.9

\*\* 2.1.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.2.1; 2.3.2; 2.3.3; 2.3.4; 2.3.7; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.4;  
2.6.2; 2.6.3; 2.10.2; 2.10.3; 2.11.2; 2.11.3; 2.11.4

**Déplacés** \* 2.5; 2.9

\*\* 2.3.6; 2.5.1; 2.5.3; 2.9.1; 2.9.2; 2.9.4; 2.9.6

**Ajoutés (références)**

\*\* 2.3.4; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.4; 5.5.4 Sawadogo (2005)

**Rejetés** \* 2.2; 2.7; 2.8

\*\* 2.2.3; 2.3.8; 2.4.3; 2.5.2; 2.5.4; 2.7.1; 2.7.2; 2.7.3; 2.8.1; 2.8.2; 2.8.3; 2.8.4;  
2.9.3; 2.9.5

### Dimension 3 – Communication - information

#### Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés

Reformulés	*	3.2; 3.3; 3.4
	**	3.1.1; 3.1.2; 3.2.1; 3.2.2; 3.2.3; 3.2.4; 3.3.1; 3.3.2; 3.4.2; 3.7.2
Déplacés	*	3.6
	**	3.4.1; 3.6.1
<u>Ajoutés (références)</u>		
	**	3.2.7 Grenier, Drapeau et Desautels (1989)
		3.2.3; 3.3.3; 3.3.4; 3.4.4 Sawadogo (2005)
Rejetés	*	3.5
	**	3.2.5; 3.2.6; 3.5.1; 3.5.2

### Dimension 4 – Maillage interdisciplinaire (Collaboration interprofessionnelle)

#### Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés

Reformulés	**	4.1.2; 4.1.3; 4.4.1; 4.4.2; 4.4.3; 4.7.3; 4.9.2
Déplacés	**	4.6.1; 4.8.2; 4.9.1; 4.9.2
<u>Ajoutés (références)</u>		
	**	4.1.1; 4.1.3
Rejetés	*	4.2; 4.5; 4.6; 4.8; 4.9
	**	4.2.1; 4.2.2; 4.4.4; 4.5.1; 4.5.2; 4.5.3; 4.8.1

### Dimension 5 – Formation

#### Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés

Reformulés	*	5.1; 5.3
	**	5.1.1; 5.1.2; 5.2.1; 5.2.2; 5.2.5; 5.3.1; 5.3.2
Déplacés	**	5.1.4; 5.1.5
<u>Ajoutés (références)</u>		
	**	5.1.1; 5.1.2; 5.1.6; 5.1.8; 5.3.1; 5.3.2; 5.3.5; 5.3.6; 5.3.7; 5.3.8; 5.4.6; 5.5.5; 5.5.6
		Sawadogo (2005); 5.1.7 Hesbeen (2002); 5.2.5 (Viens et al. 2002).

### **Dimension 6 – Gestion du matériel biomédical et de l'équipement**

#### **Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés**

<u>Reformulés</u>	*	6.1; 6.2
	**	6.1.2; 6.1.8; 6.1.9; 6.1.11; 6.2.1; 6.3.2; 6.3.3

<u>Ajoutés (références)</u>	**	6.2.2 Sawadogo (2005)
-----------------------------	----	-----------------------

<u>Rejetés</u>	**	6.1.5; 6.1.6; 6.1.10; 6.1.12; 6.2.2; 6.2.3
----------------	----	--

### **Dimension 7 – Gestion des activités hôtelières**

#### **Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés**

<u>Reformulés</u>	*	7.3
	**	7.2.1; 7.2.3; 7.3.1;

<u>Ajoutés (références)</u>	**	7.2.8; 7.2.9; 7.2.10 Grenier, Drapeau et Desautels (1989) 7.2.4; 7.2.5; 7.2.6; 7.2.7; 7.2.11 Direction tutelle des hôpitaux, BF. (2003) 7.2.12; 7.2.13 Sawadogo (2005)
-----------------------------	----	--

<u>Rejetés</u>	*	7.1
	**	7.1.1; 7.1.2; 7.1.3; 7.2.5

### **Dimension 8 – Prévision de l'imprévu (Gestion de l'imprévu)**

#### **Normes (\*) et critères (\*\*) modifiés et ajoutés**

<u>Reformulés</u>	**	8.1.1
-------------------	----	-------

<u>Déplacés</u>	**	8.2.1
-----------------	----	-------

<u>Rejetés</u>	*	8.2
	**	8.1.2

### **DIMENSION 9 - CULTURE DE L'UNITÉ DE SOINS**

**Cette dimension et ses cinq normes ont été rejetées.**

*Appendice C*

Liste des normes et des critères de qualité adaptés à partir de Hubinon (1998)

et soumis à validation aux informateurs-clés

<b>Dimensions (8)</b>	<b>Normes (34)</b>	<b>Critères (183)</b>
1. Prise en charge du patient	6	38
2. Gestion de l'unité de soins	7	30
3. Communication- information	5	24
4. Collaboration interprofessionnelle	5	21
5. Formation	5	35
6. Gestion du matériel biomédical	3	13
7. Gestion des activités Hôtelières	2	19
8. Gestion de l'imprévu	1	03

### **Dimension 1 : Prise en charge du patient**

<b>Norme 1.1</b>	<b>La planification journalière des activités de soins de chaque patient existe dans l'unité de soins.</b>
<b>Critères 1.1.1</b>	Le surveillant d'unité dispose des informations sur l'état sanitaire de chaque patient.
<b>Critères 1.1.2</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient tient compte de ses besoins.
<b>Critères 1.1.3</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient est révisée à chaque fois que la prescription médicale est modifiée.
<b>Critères 1.1.4</b>	La programmation des examens de chaque patient est consignée sur un support écrit faisant partie du dossier de soins.
<b>Critère 1.1.5.</b>	La programmation des examens comprend: la date de la demande; la date et l'heure du rendez-vous; la date de réalisation (à compléter une fois que l'examen est fait).
<b>Norme 1.2</b>	<b>Le plan de soins infirmiers est disponible dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 1.2.1</b>	Chaque patient dispose d'un plan de soins infirmiers à jour.
<b>Critère 1.2.2.</b>	Le plan de soins infirmiers est un support lisiblement écrit pour faciliter la continuité des soins.
<b>Critère 1.2.3</b>	La programmation horaire des soins infirmiers est indiquée sur le plan de soins.
<b>Critère 1.2.4</b>	La programmation horaire des soins infirmiers de chaque patient est révisée quotidiennement.
<b>Critère 1.2.5</b>	Le plan de soins est un élément constitutif du dossier du patient.

<b>Norme 1.3</b>	<b>L'organisation de l'unité de soins et des soins infirmiers est facilitée par des services médico-techniques et administratifs adéquats.</b>
<b>Critère 1.3.1</b>	Les services de radiologie sont assurés dans un délai de deux heures en situation d'urgence pour tous les patients.
<b>Critère 1.3.2</b>	Les services de radiologie sont assurés dans un délai de huit heures en situation non urgente pour tous les patients.
<b>Critère 1.3.3</b>	Les services de laboratoire sont assurés dans un délai de deux heures en situation d'urgence pour tous les patients.
<b>Critère 1.3.4</b>	Les services de laboratoire sont assurés dans un délai de huit heures en situation non urgente pour tous les patients.
<b>Critère 1.3.5</b>	La récupération des résultats des examens demandés est assurée dans un délai de deux heures en situation d'urgence et de huit heures en situation non urgente pour tous les patients.
<b>Norme 1.4</b>	<b>La visite médicale des patients est organisée.</b>
<b>Critère 1.4.1</b>	Il existe un accord entre le médecin-chef et le surveillant d'unité de soins sur les modalités d'organisation de la visite médicale.
<b>Critère 1.4.2</b>	Les modalités d'organisation de la visite médicale sont respectées.
<b>Critère 1.4.3</b>	Le surveillant ou un infirmier délégué participe à la visite médicale.
<b>Critère 1.4.4</b>	Pendant la visite médicale, les accompagnants libèrent les chambres des patients.
<b>Norme 1.5</b>	<b>L'information du patient et de ses proches est régulièrement assurée au sein de l'unité de soins.</b>
<b>Critère 1.5.1</b>	Un livret d'accueil du centre hospitalier et le cas échéant de l'unité de soins est disponible pour le patient.
<b>Critère 1.5.2</b>	La charte du patient hospitalisé est affichée dans les chambres des patients.
<b>Critère 1.5.3</b>	Le patient et/ou sa famille connaît le programme de sa journée.
<b>Critère 1.5.4</b>	En cas de modification de la programmation journalière des activités de soins, le patient est mis au courant.
<b>Critère 1.5.5</b>	Le patient qui doit subir des examens est informé la veille sur les précautions à prendre (jeûne...) et sur l'heure des prélèvements ou de son déplacement vers d'autres secteurs de l'hôpital.
<b>Critère 1.5.6</b>	Le patient qui doit subir des examens spéciaux (lavement baryté, fibroscopie, etc.) reçoit des explications de la part de l'équipe soignante.
<b>Critère 1.5.7</b>	Les horaires de visites des patients sont affichés dans l'unité de soins.
<b>Critère 1.5.8</b>	Le patient et sa famille sont informés des heures de visite dans l'unité de soins.
<b>Critère 1.5.9</b>	Le patient et sa famille connaissent où sont situés les W.C. et les douches fonctionnels au niveau de l'unité de soins et le cas échéant au sein de l'hôpital.
<b>Critère 1.5.10</b>	Un support d'information des accompagnants sur le fonctionnement de l'hôpital et le cas échéant de l'unité de soins est disponible pour les familles.
<b>Critère 1.5.11</b>	Le patient et/ou sa famille est informé sur comment prendre soin de ses affaires personnelles.
<b>Critère 1.5.12</b>	Le patient et/ou sa famille est informé au besoin de la disponibilité des conseillers religieux ou laïcs et d'un endroit de culte au sein de l'hôpital.
<b>Norme 1.6</b>	<b>Des médicaments d'urgence et des consommables (seringues, gants à usage unique, etc.) sont disponibles dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 1.6.1</b>	L'unité de soins est dotée mensuellement de médicaments d'urgence et de consommables en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.

<b>Critère 1.6.2</b>	Une trousse de médicaments d'urgence existe dans l'unité de soins.
<b>Critère 1.6.3</b>	Les médicaments de la trousse d'urgence sont répertoriés sur support écrit et remis à jour après chaque utilisation.
<b>Critère 1.6.4</b>	Le contrôle de la date de péremption des médicaments est assuré.
<b>Critère 1.6.5</b>	En cas de commande urgente de médicaments et de consommables, une dotation est faite dans un délai de deux heures.
<b>Critère 1.6.6</b>	L'armoire de rangement des médicaments et des consommables se ferme à clé, permettant d'assurer la sécurité.
<b>Critère 1.6.7</b>	Les modalités de conservation des médicaments sont respectées.

## **Dimension 2 : Gestion de l'unité de soins**

<b>Norme 2.1</b>	<b>Le surveillant d'unité de soins planifie quotidiennement les activités de soins des patients afin de coordonner l'ensemble des activités de soins.</b>
<b>Critère 2.1.1</b>	Le surveillant d'unité de soins planifie le contact avec chaque patient dans les deux heures qui suivent le début de son service.
<b>Critère 2.1.2</b>	Un support écrit servant à l'attribution nominative des activités de soins pour chaque relève d'équipe existe au sein de l'unité de soins.
<b>Critère 2.1.3</b>	L'attribution des activités de soins pour chaque relève d'équipe est faite en fonction : - de la qualification (degré de compétence) du personnel soignant; - de l'effectif de l'équipe; - des besoins des patients.
<b>Norme 2.2</b>	<b>La répartition journalière du personnel soignant est réalisée de manière adéquate par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant.</b>
<b>Critère 2.2.1</b>	La disponibilité du personnel soignant est programmée en fonction des admissions prévues dans l'unité de soins.
<b>Critère 2.2.2</b>	Le planning horaire du personnel de l'unité est agencé de manière à tenir compte d'un équilibre journalier dans la qualification du personnel présent.
<b>Critère 2.2.3</b>	La répartition du personnel soignant est réalisée de manière systématique par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant.
<b>Critère 2.2.4</b>	La répartition journalière du personnel soignant reprend toutes les personnes prévues sur le planning horaire excepté le surveillant d'unité.
<b>Critère 2.2.5</b>	La répartition journalière précise le nom de l'infirmier responsable dans chaque équipe de soins.
<b>Critère 2.2.6</b>	Chaque équipe de soins reçoit le mandat de réaliser l'ensemble des activités de soins en réponse aux besoins des patients qui lui sont assignés (soins infirmiers intégrés).
<b>Critère 2.2.7</b>	En cas d'absence imprévu d'un membre de l'équipe de soins, une modification écrite de la répartition du travail doit être établie.
<b>Norme 2.3</b>	<b>La gestion de l'unité de soins est assurée par un infirmier responsable en absence du surveillant d'unité de soins.</b>
<b>Critère 2.3.1</b>	La prise en charge de la gestion de l'unité de soins est assurée par un infirmier délégué et ce, en cas d'absence du surveillant d'unité de soins.
<b>Critère 2.3.2</b>	L'équipe de soins connaît l'infirmier délégué en cas d'absence du surveillant d'unité de soins.
<b>Critère 2.3.3</b>	La communication au sujet de la gestion de l'unité de soins s'établit entre le surveillant d'unité de soins et son remplaçant.
<b>Critère 2.3.4</b>	Un support écrit sur les points relatifs à la gestion de l'unité de soins est mis à la disposition de l'infirmier remplaçant.

<b>Norme 2.4</b>	<b>La description de postes du personnel soignant est disponible dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 2.4.1</b>	La description de postes est rédigée par le surveillant d'unité pour toutes les catégories de personnels exerçant sous sa responsabilité.
<b>Critère 2.4.2</b>	La description de poste situe le niveau d'autorité, de responsabilité et d'imputabilité de chaque agent.
<b>Critère 2.4.3</b>	Un support de description de poste de chaque membre de l'équipe soignante (attaché de santé, IDE, IB, AA,...) est mis à la disposition du personnel de l'unité.
<b>Critère 2.4.4</b>	La description de postes de l'ensemble du personnel soignant est connu du médecin-chef de l'unité.
<b>Norme 2.5</b>	<b>La gestion des horaires de l'équipe de soins est adéquate dans l'unité.</b>
<b>Critère 2.5.1</b>	Le planning horaire de l'équipe de soins est établi pour une durée de prestations d'au moins quinze jours.
<b>Critère 2.5.2</b>	Le planning horaire du personnel soignant est affiché dans l'unité de soins
<b>Critère 2.5.3</b>	La programmation des congés annuels du personnel soignant considère un agent en congé par mois.
<b>Critère 2.5.4</b>	Un tableau de bord indique le mouvement (congé, permission, formation) du personnel soignant.
<b>Norme 2.6</b>	<b>La gestion de l'occupation des lits est adéquate.</b>
<b>Critère 2.6.1</b>	La programmation des admissions prévisibles est transmise à l'unité de soins au moins la veille du jour des admissions.
<b>Critère 2.6.2</b>	Les données relatives à la programmation des admissions des patients indiquent : - le nombre d'admissions; - l'identification des patients (nom, prénom, date de naissance, etc.); - le diagnostic ou le motif d'hospitalisation.
<b>Critère 2.6.3</b>	La répartition des patients par chambre dans l'unité de soins tient compte de l'état de contamination, de l'état mental et physique du patient.
<b>Critère 2.6.4</b>	L'unité de soins possède un tableau qui permet de repérer rapidement la situation géographique des patients dans le service.
<b>Norme 2.7</b>	<b>Le matériel de bureau de l'unité de soins correspond aux besoins du personnel infirmier.</b>
<b>Critère 2.7.1</b>	Les documents administratifs sont dotés en quantité suffisante de manière constante.
<b>Critère 2.7.2</b>	L'unité de soins dispose de classeurs ou tout autre système avec moyen d'étiquetage afin de faciliter une tenue correcte des informations écrites.
<b>Critère 2.7.3</b>	L'unité de soins assure un système de rangement rationnel des documents administratifs permettant de repérer facilement chaque type de document.
<b>Critère 2.7.4</b>	Les documents administratifs sont accessibles à l'équipe de soins.

### **Dimension 3 : Communication-Information**

<b>Norme 3.1</b>	<b>L'ensemble des informations écrites est diffusé, centralisé et accessible au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 3.1.1</b>	L'unité de soins possède un tableau d'affichage accessible à tout le personnel.
<b>Critère 3.1.2</b>	Les notes de service du mois en cours sont affichées.
<b>Critère 3.1.3</b>	Les notes de service de l'année en cours sont centralisées dans une chemise.
<b>Critère 3.1.4</b>	Les notes de service de l'année en cours sont accessibles à toute l'équipe de soins.

<b>Critère 3.1.5</b>	Toute information écrite et affichée est lisible, datée et signée.
<b>Critère 3.1.6</b>	Un recueil des règlements d'ordre intérieur émanant de l'institution existe au sein de l'unité.
<b>Norme 3.2</b>	<b>La communication orale et écrite concernant les patients existent dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 3.2.1</b>	Des notes sur l'évolution de l'état sanitaire des patients sont rédigées à la fin de service de chaque équipe.
<b>Critère 3.2.2</b>	Un rapport oral existe à chaque changement d'équipes, sur l'évolution de l'état sanitaire des patients de l'unité.
<b>Critère 3.2.3</b>	Un rapport écrit existe à chaque changement d'équipes, sur l'évolution de l'état des patients de l'unité.
<b>Critère 3.2.4</b>	La communication orale est facilitée à chaque changement d'équipes par l'utilisation d'un recouvrement horaire minimal de 15 minutes entre les deux équipes de travail.
<b>Critère 3.2.5</b>	Lors d'un transfert du patient par l'unité des urgences, une transmission écrite des informations est planifiée pour l'infirmier de l'unité d'accueil.
<b>Critère 3.2.6</b>	Les informations écrites sur le patient en transfert comprennent au moins : - les soins infirmiers administrés et programmés; - les examens médicaux de diagnostic faits et programmés; - le traitement médical administré et programmé; - l'état de santé du patient.
<b>Critère 3.2.7</b>	Il y a des réunions formelles orientées vers les soins d'un patient ou d'un groupe de patients ou encore portant sur un problème relié aux soins.
<b>Norme 3.3</b>	<b>La réunion de l'équipe soignante existe dans l'unité de soins</b>
<b>Critère 3.3.1</b>	Le surveillant d'unité de soins organise au moins une fois par mois une réunion formelle avec l'équipe soignante.
<b>Critère 3.3.2</b>	La réunion de l'équipe soignante fait l'objet d'un compte rendu écrit.
<b>Critère 3.3.3</b>	Une copie du compte rendu de la réunion mensuelle est transmise au médecin-chef pour information.
<b>Critère 3.3.4</b>	Un processus de suivi des décisions prises lors des réunions mensuelles est mis en place pour assurer l'exécution de ces décisions.
<b>Norme 3.4-</b>	<b>La communication entre médecins et infirmiers existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 3.4.1</b>	Le personnel médical est informé du planning horaire et de la répartition des tâches du personnel infirmier.
<b>Critère 3.4.2</b>	Une concertation au sujet du planning horaire existe en cas de participation du médecin à un soin (visualisation d'un site de ponction, d'une plaie traumatique ou chirurgicale, etc.)
<b>Critère 3.4.3</b>	Un document reprenant les renseignements nécessaires en cas de besoins de contact du personnel médical de l'unité existe.
<b>Critère 3.4.4</b>	Tout membre de l'équipe soignante de service connaît les coordonnées des médecins de garde dans l'unité de soins
<b>Critère 3.4.5</b>	Le personnel infirmier peut contacter rapidement le personnel médical de l'unité.
<b>Norme 3.5</b>	<b>Le personnel de l'unité connaît les mesures préventives et correctives en cas de danger (incendie, violence physique, etc.)</b>
<b>Critère 3.5.1</b>	Un manuel de procédures relatif aux mesures à appliquer en cas de danger existe.
<b>Critère 3.5.2</b>	Tout membre de l'équipe de soins peut nommer les mesures préventives et correctives à appliquer en cas de danger dans l'unité.

### Dimension 4 : Collaboration interprofessionnelle

<b>Norme 4.1</b>	<b>La collaboration entre le personnel médical et le personnel infirmier existe dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 4.1.1</b>	Il y a des cadres formels de concertation journalière entre le ou les médecins traitants et le surveillant d'unité de soins au sujet de la prise en charge des patients.
<b>Critère 4.1.2</b>	Il existe un cadre formel de concertation périodique entre l'équipe médicale et l'équipe soignante (au moins une fois par trimestre).
<b>Critère 4.1.3</b>	Le plan de soins infirmiers est pris en considération par le ou les médecins traitants dans le processus de la prise en charge du patient.
<b>Norme 4.2</b>	<b>La collaboration entre les services médico-techniques, administratifs, logistiques et les autres unités existe.</b>
<b>Critère 4.2.1</b>	Il existe un accord écrit relatif à la coordination des activités médico-techniques et de l'unité de soins.
<b>Critère 4.2.2</b>	Il existe un cadre formel de concertation périodique entre les unités de soins et les unités médico-techniques.
<b>Critère 4.2.3</b>	Il existe un support écrit regroupant les consignes issues de ces concertations.
<b>Critère 4.2.4</b>	Lors d'un transfert de patient, le moment de transfert est déterminé en accord entre les unités de soins concernées.
<b>Critère 4.2.5</b>	Lors d'un transfert de patient, le rapport écrit au sujet de l'état de santé de patient représente le tableau de bord pour la planification et la gestion des soins de l'unité d'accueil.
<b>Critère 4.2.6</b>	L'unité de soins dispose des renseignements administratifs du patient dans l'heure qui suit son admission.
<b>Critère 4.2.7</b>	Les renseignements administratifs comprennent au moins : - nom et prénom du patient; - date de naissance; - numéro de dossier; - coordonnées de la personne à avertir.
<b>Critère 4.2.8</b>	Lors de la survenue d'un problème relatif à un dysfonctionnement organisationnel continu d'une des unités, impliquant une non coordination de plusieurs unités, une concertation inter-unités est planifiée entre les personnes responsables dans un délai de cinq jours.
<b>Norme 4.3</b>	<b>L'unité de soins collabore avec les différents corps de métiers.</b>
<b>Critère 4.3.1</b>	Le surveillant est averti des travaux qui ont lieu dans son unité de soins.
<b>Critère 4.3.2</b>	Lors d'un problème technique urgent (défectuosité de fonctionnement dans l'équipement), l'unité de soins assure un contact avec le corps de métier concerné dans un délai de 24 heures.
<b>Critère 4.3.3</b>	L'équipe de soins organise l'établissement des bons de commande de réparation dans la semaine pour une demande « non urgente ».
<b>Critère 4.3.4</b>	L'équipe de soins planifie un suivi des bons de réparation dans les 24 heures pour une demande « urgente » et dans la semaine pour une demande « non urgente ».

<b>Norme 4.4</b>	<b>En cas de besoins, l'unité de soins dispose d'un service de brancardage.</b>
<b>Critère 4.4.1</b>	Des informations écrites sur le degré de mobilisation du patient; le numéro de sa chambre, de son lit ainsi que sur son nom, sa destination et l'heure du transport sont transmises aux brancardiers.
<b>Critère 4.4.2</b>	L'horaire des brancardiers est connu de l'unité de soins.
<b>Critère 4.4.3</b>	Les brancardiers accompagnent les patients dans leurs déplacements vers d'autres secteurs de l'hôpital.

<b>Norme 4.5</b>	<b>La programmation des examens médicaux des patients est adéquate.</b>
<b>Critère 4.5.1</b>	Un profil des examens usuels par pathologie existe sur support écrit au sein de l'unité de soins.
<b>Critère 4.5.2</b>	La planification des examens médicaux respecte les principes de base tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la séquence des examens;</li> <li>- l'état de santé du patient;</li> <li>- l'ordre de priorité d'urgence ou non en fonction de l'état de santé du patient;</li> <li>- l'ordre des examens en fonction des protocoles de préparation (exemple, une urographie I.V. est programmée avant un lavement baryté).</li> </ul>
<b>Critère 4.5.3</b>	Lors de l'annulation d'un examen, l'unité de soins informe dans un bref délai le service médico-technique.

### **Dimension 5 : Formation**

<b>Norme 5.1</b>	<b>L'accès à des activités de formation continue est facilité pour l'ensemble du personnel soignant.</b>
<b>Critère 5.1.1</b>	Des activités de formation continue correspondant aux besoins de formation du personnel soignant sont réalisées périodiquement (au moins une fois par trimestre) auprès de l'ensemble du personnel soignant.
<b>Critère 5.1.2</b>	Le plan de formation de la Direction des soins infirmiers et obstétricaux prévoit une formation de l'ensemble du personnel soignant sur l'accueil.
<b>Critère 5.1.3</b>	Le programme des formations organisées par la Direction des soins infirmiers et obstétricaux est affiché dans l'unité.
<b>Critère 5.1.4</b>	Le personnel soignant de l'unité participe aux séances de formation continue.
<b>Critère 5.1.5</b>	Le surveillant établit l'horaire du personnel de l'unité en fonction du planning des séances de formation.
<b>Critère 5.1.6</b>	Le surveillant encourage la promotion de l'auto apprentissage dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.1.7</b>	Un centre de documentation disposant de la documentation en soins infirmiers est fonctionnel au sein de l'hôpital.
<b>Critère 5.1.8</b>	Le personnel soignant est informé de l'existence d'un centre de documentation au sein de l'hôpital et de ses heures d'ouverture.
<b>Norme 5.2</b>	<b>Des modalités d'accueil et d'intégration du nouveau personnel existent dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 5.2.1</b>	Le surveillant d'unité de soins, lors de l'entrée en fonction d'un nouvel agent, est averti de la date et de l'heure d'arrivée.
<b>Critère 5.2.2</b>	Le surveillant d'unité de soins prévoit l'accueil du nouvel agent dans l'unité.
<b>Critère 5.2.3</b>	Le surveillant d'unité prévoit l'information relative à l'organisation générale de l'unité de soins au cours de la première semaine de présence d'un nouvel employé dans l'équipe soignante.

<b>Critère 5.2.4</b>	Un support écrit relatif à l'organisation générale de l'unité de soins est mis à la disposition de tout nouvel employé.
<b>Critère 5.2.5</b>	Le surveillant d'unité prévoit un encadrement personnalisé du nouvel employé afin de faciliter son adaptation graduelle à la culture de l'unité de soins.
<b>Critère 5.2.6</b>	Chaque membre de l'équipe soignante porte un badge d'identification comportant le nom et la fonction de l'intéressé.
<b>Norme 5.3</b>	<b>Des protocoles de soins sont disponibles dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 5.3.1</b>	Des protocoles de soins d'urgence sont mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.2</b>	Des protocoles de prise en charge de la douleur sont mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.3</b>	Des protocoles de soins pré et post-opératoires sont mis à la disposition du personnel Soignant.
<b>Critère 5.3.4</b>	Des protocoles de soins pré et post-examens sont mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.5</b>	Un protocole d'accueil du patient et de ses proches est mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.6</b>	Un protocole de la démarche en soins infirmiers en fonction du modèle conceptuel en vigueur dans l'hôpital ou le cas échéant dans l'unité de soins est mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.7</b>	Un protocole de prévention des escarres est mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.8</b>	Un protocole de lavage des mains existe dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.3.9</b>	Les protocoles de soins sont réactualisés au moins tous les deux ans.
<b>Norme 5.4</b>	<b>Une évaluation régulière des compétences du personnel soignant est organisée dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 5.4.1</b>	L'évaluation des compétence repose sur des critères établis par écrit, par le surveillant d'unité, la direction des soins infirmiers et obstétricaux et un groupe d'experts.
<b>Critère 5.4.2</b>	Ces critères sont connus et acceptés par le personnel évalué.
<b>Critère 5.4.3</b>	Le personnel soignant est évalué au moins une fois par an.
<b>Critère 5.4.4</b>	L'évaluation des compétences permet d'identifier les besoins de formation du personnel soignant de l'unité.
<b>Critère 5.4.5</b>	La formulation d'objectif(s) de maintien et de renforcement du niveau de compétences du personnel soignant fait partie des objectifs de l'unité.
<b>Critère 5.4.6</b>	Des activités de formation continue et d'encadrement sont prévues pour l'atteinte de ces objectifs.
<b>Norme 5.5</b>	<b>L'encadrement des étudiants infirmiers est assuré.</b>
<b>Critère 5.5.1</b>	Le surveillant connaît le niveau de formation des étudiants infirmiers présents dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.5.2</b>	Le surveillant prévoit une information relative à l'organisation générale de l'unité au cours de la première journée de présence des étudiants infirmiers.
<b>Critère 5.5.3</b>	Chaque étudiant ou un groupe d'étudiants infirmiers est pris en charge par un infirmier de l'unité de soins durant tout le stage.
<b>Critère 5.5.4</b>	En début de prestations, les étudiants infirmiers disposent d'informations concernant l'état des patients à qui ils doivent dispenser les soins.
<b>Critère 5.5.5</b>	En fin de stage, les étudiants infirmiers sont évalués par l'infirmier ayant assuré leur encadrement dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.5.6</b>	L'évaluation des étudiants infirmiers en fin de stage dans l'unité de soins se fait en présence de chaque étudiant infirmier et le cas échéant en présence de l'enseignant superviseur de l'École nationale de santé publique.

## Dimension 6 : Gestion du matériel biomédical et de l'équipement

<b>Norme 6.1</b>	<b>La gestion du matériel biomédical et de l'équipement nécessaires à la dispensation des soins est assurée.</b>
<b>Critère 6.1.1</b>	L'unité de soins possède un lieu de rangement permettant un accès facile de l'équipement (barreaux de lits, supports, etc.)
<b>Critère 6.1.2</b>	Dans chaque chambre et par lit, il y a au moins une chaise.
<b>Critère 6.1.3</b>	Le surveillant d'unité de soins ou un infirmier délégué vérifie une fois par mois, l'intégrité de la dotation de l'équipement et du matériel de soins.
<b>Critère 6.1.4</b>	L'unité de soins dispose d'un inventaire reprenant la dotation en matériel biomédical (appareil à aspiration, tensiomètre, etc.) et d'appoint potences à perfusion, brancards, etc.).
<b>Critère 6.1.5</b>	La dotation en matériel biomédical et équipement de l'unité de soins est revue une fois par an en fonction des besoins d'utilisation spécifique de l'unité de soins.
<b>Critère 6.1.6</b>	En cas d'usage d'un nouveau matériel, le personnel de l'unité de soins dispose d'une procédure écrite relative au fonctionnement et aux précautions particulières à prendre.
<b>Critère 6.1.7</b>	Un répertoire de fiches techniques concernant certains matériels ou équipements, leur fonctionnement et leur entretien après usage est disponible dans l'unité de soins.
<b>Critère 6.1.8</b>	Un matériel dysfonctionnel est réparé ou remplacé dans un délai raisonnable.
<b>Norme 6.2</b>	<b>La sécurité du matériel et de l'équipement est assurée au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 6.2.1</b>	Des armoires sont mises à la disposition du personnel de l'unité pour le rangement du matériel biomédical.
<b>Critère 6.2.2</b>	Les armoires de rangement du matériel biomédical se ferment à clé.
<b>Norme 6.3</b>	<b>Le matériel d'urgence existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 6.3.1</b>	Le matériel d'urgence pour les patients est disponible dans l'unité.
<b>Critère 6.3.2</b>	Une liste de matériel et des produits pharmaceutiques est présente dans l'armoire ou dans la trousse d'urgence.
<b>Critère 6.3.3</b>	L'équipement de l'armoire ou de la trousse d'urgence est vérifié une fois par mois et après chaque utilisation.

## Dimension 7 : Gestion des activités hôtelières

<b>Norme 7.1</b>	<b>Les tâches hôtelières sont organisées dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 7.1.1</b>	La planification de la commande des repas est assurée en fonction des consignes médicales pour les patients en régime.
<b>Critère 7.1.2</b>	L'identification du patient (nom/prénom; unité de soins, chambre, lit) est assurée sur les bons de commande de repas.
<b>Critère 7.1.3</b>	Au moment de la distribution des repas, l'infirmier de service prévoit une vérification de la conformité des régimes commandés.
<b>Critère 7.1.4</b>	La distribution des repas se fait conformément à un horaire déterminé.
<b>Critère 7.1.5</b>	La mise à « jeun » des patients est respectée conformément aux consignes médicales.
<b>Critère 7.1.6</b>	L'infirmier de service prévoit de jeter un regard sur le repas apporté par la famille.

<b>Norme 7.2</b>	<b>L'entretien de l'environnement physique est assuré.</b>
<b>Critère 7.2.1</b>	La propreté des locaux est assurée au sein de l'unité de soins.
<b>Critère 7.2.2</b>	La programmation des heures de nettoyage est adéquate en fonction de l'administration des soins infirmiers aux patients.
<b>Critère 7.2.3</b>	Un membre du personnel de nettoyage est disponible immédiatement en cas de besoin dans l'unité de soins.
<b>Critère 7.2.4</b>	Il existe dans l'unité soins des W.C. fonctionnels pour le personnel.
<b>Critère 7.2.5</b>	Il existe dans l'unité de soins des douches fonctionnelles pour le personnel.
<b>Critère 7.2.6</b>	Il existe dans l'unité de soins des W.C. fonctionnels pour les patients.
<b>Critère 7.2.7</b>	Il existe dans l'unité de soins des douches fonctionnelles pour les patients.
<b>Critère 7.2.8</b>	L'air de la chambre de patient est exempt de fumée de cigarette.
<b>Critère 7.2.9</b>	La température de la chambre est confortable pour le patient.
<b>Critère 7.2.10</b>	Les déchets sont régulièrement retirés de la chambre du patient.
<b>Critère 7.2.11</b>	Les poubelles de l'unité de soins sont vidées au moins deux fois par jour.
<b>Critère 7.2.12</b>	Chaque patient hospitalisé a au maximum deux accompagnants à son chevet.
<b>Critère 7.2.13</b>	Les accompagnants sont sensibilisés sur le respect de l'hygiène du milieu dans l'unité de soins.

### **Dimension 8 : Gestion de l'imprévu**

<b>Norme 8.1</b>	<b>L'unité de soins peut gérer l'imprévu.</b>
<b>Critère 8.1.1</b>	La planification d'une journée standard est disponible dans l'unité de soins (répartition horaire de l'ensemble des activités de soins réalisées au sein de l'unité).
<b>Critère 8.1.2</b>	En cas de survenue d'événements imprévisibles dans l'unité de soins, le retard de la planification de la journée est résorbé dans un délai raisonnable.
<b>Critère 8.1.3</b>	Le service des urgences planifie avec l'unité de soins le moment de transfert du patient nouvellement admis et ce, dans un délai raisonnable.

*Appendice D*

Consignes à l'intention des informateurs-clés

Premier questionnaire et formulaire de consentement (Signatures)

Ouagadougou, le 5 novembre 2004

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer, à titre d'informateur-clé, au projet de recherche portant sur la validation de contenu des normes et critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier.

Cette étude méthodologique vise à valider sur le plan du contenu un référentiel comprenant une liste de normes et de critères de structure, construit et adapté au contexte du Burkina Faso à partir d'un cadre de référence portant sur l'organisation de l'unité de soins en milieu hospitalier, élaboré en Belgique par madame Myriam Hubinon (1998).

Ce projet est dirigé par Joséphine Sawadogo, infirmière et étudiante au programme de maîtrise en Sciences infirmières (option : administration des services infirmiers) à l'Université de Montréal au Canada. Il est supervisé par Marie Alderson, infirmière Ph. D, Professeure adjointe et chercheure en santé au travail et Raymond Grenier, infirmier Ph. D., Professeur titulaire, et chercheur en mesure et évaluation de la qualité des soins et services. Le projet a été approuvé par un comité d'approbation de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal le 17 juin 2004.

Dans la première partie du projet, l'investigatrice a construit à partir de la revue de la littérature, un référentiel comprenant une liste de normes et de critères de qualité de l'organisation des services infirmiers, adaptés à la réalité des hôpitaux du Burkina Faso. Il s'agit maintenant de compléter et de valider le travail réalisé par la vérification de la clarté, de la pertinence et de l'importance des critères énoncés. Vous avez dix jours à partir de la réception du questionnaire pour réaliser ce travail.

Comme vous le constatez, votre contribution est fondamentale pour le bon déroulement de ce projet. Cette étude serait impossible à réaliser sans votre participation. C'est pourquoi votre collaboration est grandement appréciée et je vous suis personnellement reconnaissante du temps et de l'énergie que vous consacrerez à cette recherche. Toutefois, votre participation demeure volontaire et bénévole, vous pouvez vous retirer librement et la confidentialité des informations est assurée. Néanmoins si vous décidez de le faire, veuillez m'en aviser aussitôt.

Vous trouverez ci-joint, une note d'explication du projet et l'ensemble des normes et critères à valider.

Dans le cas où vous auriez besoin d'informations supplémentaires, n'hésitez pas à me téléphoner ou à m'écrire. Je vous remercie d'avance de votre collaboration si précieuse.

Joséphine Sawadogo  
Étudiante à la maîtrise  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal.

Tél : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

## **TITRE DE L'ÉTUDE**

Adaptation et validation de contenu de normes et critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso.

## **DÉFINITION DES TERMES**

### ***Organisation***

L'organisation réfère au processus d'organiser ou aux modalités par lesquelles le travail est agencé et réparti entre les membres de l'équipe soignante pour accomplir efficacement les missions de l'unité de soins. Elle peut avoir un sens restreint, celui de mettre en ordre, d'apporter un mode de fonctionnement ou encore un sens plus large, recouvrant les aspects les plus positifs des verbes comme : administrer, gérer, diriger, manager (Montésinos, 1991). C'est cette signification large de l'organisation qui est retenue dans le cadre de cette étude. L'action d'organiser inclut la prise de décisions à partir desquelles l'ensemble des moyens pourra s'associer afin de réaliser un projet mobilisateur.

### ***Services infirmiers***

Les services infirmiers réfèrent aux unités de soins qui sont placées sous la responsabilité d'un infirmier ou d'une sage-femme, un cadre infirmier ou cadre sage-femme pour la gestion des soins infirmiers ou soins sages-femmes.

### ***Unité de soins***

L'unité de soins est une composante de l'établissement hospitalier. Il s'agit de la structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2000). C'est le lieu où est hospitalisé l'utilisateur (patient, bénéficiaire...).

### ***Surveillant d'unité de soins***

Le surveillant d'unité de soins est un infirmier d'état ou une sage-femme d'état ou un cadre infirmier ou cadre sage-femme, nommé par le Directeur général de l'établissement hospitalier. Il ou elle représente l'autorité hiérarchique auprès des membres de l'équipe soignante et assiste le chef de service ou de département pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités relevant de ses compétences (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2000).

### ***Référentiel***

Le référentiel est le matériel de base du processus d'appréciation de la qualité des soins. Le référentiel élaboré dans le cadre de cette étude comprend huit dimensions, 34 normes et 183 critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier.

**Norme**

Une norme est un niveau de performance auquel on est en droit de s'attendre. Il s'agit d'un énoncé général de « ce qui devrait être » qui oriente la comparaison entre la réalité de l'organisation des services infirmiers et un certain idéal à atteindre (Grenier, Drapeau et Désautels, 1989). La norme se traduit concrètement par un ensemble de critères (Grenier, 1996). La présente étude comprend 34 normes.

**Critère**

Un critère est un énoncé explicite et observable de ce qui est considéré comme souhaitable. Il sert à mesurer une situation réelle afin de porter un jugement de valeur par rapport à la situation souhaitée (Grenier, Drapeau et Désautels, 1989; Grenier, 1996). Il doit être formulé d'une manière simple, compréhensible et être validé (Donabedian, 1986). Dans le cadre de cette étude, 183 critères opérationnalisent les 34 normes.

**Informateur clé**

Dans la présente étude, un informateur-clé est un surveillant d'unité de soins, un directeur des soins infirmiers et obstétricaux; un cadre infirmier ou cadre infirmier supérieur ou un cadre sage-femme ou cadre sage-femme supérieur, reconnu par son milieu de travail comme étant une personne ressource ayant une bonne connaissance en organisation des services infirmiers à l'hôpital.

**DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE*****Première étape: adaptation des normes et des critères***

La première étape a consisté à adapter, par une approche déductive des normes et des critères s'inspirant du cadre de référence du management des unités de soins (Hubinon, 1998). Cet auteur a proposé neuf dimensions qui s'appliquent à l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier : la prise en charge du patient; la gestion de l'unité de soins; la communication-information; le maillage interdisciplinaire; la formation; la gestion du matériel biomédical; la gestion des activités hôtelières; la prévision de l'imprévu et la culture de l'unité de soins. Elle a ensuite élaboré 50 normes et 164 critères de qualité d'organisation de l'unité de soins.

Compte tenu du fait que l'outil de Hubinon (1998) a été développé pour un milieu (centres hospitaliers belges) présentant des caractéristiques différentes au nôtre, nous avons jugé pertinent de l'adapter à la réalité des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso. Pour ce faire, l'investigatrice a procédé à un examen minutieux des dimensions, normes et critères proposés par Hubinon (1998) afin d'identifier ceux qui cadrent le mieux avec la réalité des services infirmiers hospitaliers du Burkina Faso. Cet examen lui a permis de retenir des normes et des critères dans leur formulation initiale, de reformuler, de déplacer ou de rejeter certains et enfin d'ajouter d'autres critères non identifiés par l'auteur, mais jugés pertinents au regard du contexte du Burkina Faso. Ces critères ajoutés dérivent d'autres écrits et aussi de l'expérience professionnelle de l'investigatrice. Ainsi, huit dimensions ont été retenues : la prise en charge du patient; la gestion de l'unité de soins; la communication-information; la collaboration

interprofessionnelle; la formation; la gestion du matériel biomédical; la gestion des activités hôtelières et la gestion de l'imprévu. Un référentiel comportant les huit dimensions, 34 normes et 183 critères de qualité d'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier a été construit.

***La deuxième étape: la validation de contenu des critères de qualité***

La deuxième étape consiste en la validation consensuelle de contenu des 183 critères de qualité d'organisation des services infirmiers hospitaliers au moyen de la méthode DELPHI modifiée. Cette méthode consiste à l'envoi d'une série de questionnaires aux informateurs-clés pour leur permettre de réagir à l'information soumise lors d'un premier questionnaire et aux suggestions, modifications ou ajouts faits par les participants lors des questionnaires subséquents (2<sup>e</sup> et possibilité d'un 3<sup>e</sup> questionnaire). Ainsi, les informateurs-clés en arrivent généralement à un consensus sans qu'il y ait confrontation entre eux (Pineault et Daveluy, 1995). Pour réaliser cette étape, du personnel infirmier (infirmiers d'état; cadres infirmiers; cadres infirmiers supérieurs) et sages-femmes (sages-femmes d'état; cadres sages-femmes; cadres sages-femmes supérieurs) œuvrant dans les centres hospitaliers, le milieu d'enseignement du personnel infirmiers et sages-femmes et dans les directions centrales du Ministère de la santé ont été sélectionnés en fonctions de leur expérience en matière d'organisation des services infirmiers et de leur connaissance du milieu hospitalier.

➤ ***Premier questionnaire de validation***

Le premier questionnaire (ci-joint) s'intitule « questionnaire de validation des normes et des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso ». Il est conçu de la façon suivante:

- La dimension est identifiée et définie dans un premier temps. Le questionnaire comporte huit dimensions.
- Sous cette dimension la norme est énoncée. Il est à noter que plusieurs normes peuvent être énoncées par dimension. Le questionnaire comprend en tout 34 normes.
- Sous cette norme, le critère est formulé. Il est à noter que plusieurs critères sont énoncés par norme. Le questionnaire comprend au total 183 critères.
- Trois échelles de quatre points (1, 2, 3, 4) permettent aux informateurs-clés d'établir la validité de contenu en se prononçant individuellement sur la clarté, la pertinence et l'importance de chaque critère.

***Clarté***

La clarté d'un critère indique que la formulation de l'énoncé du critère est explicite, complète et compréhensible. Elle réfère à la netteté de l'énoncé ou au vocabulaire utilisé ou encore à la compréhension immédiate et univoque de la signification de l'énoncé. La

clarté est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 incompréhensible; 2 ambigu; 3 clair; 4 très clair.

#### *Pertinence*

La pertinence d'un critère correspond à sa capacité à mesurer adéquatement la norme ou un aspect de la norme qu'il est sensé rendre opérationnel (Lynn, 1986). La pertinence est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 non pertinent; 2 peu pertinent; 3 pertinent; 4 très pertinent.

#### *Importance*

L'importance d'un critère est définie comme quelque chose qui importe, qui a beaucoup d'intérêt, de grandes conséquences (Ménard, 2002). L'importance est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 non important; 2 peu important; 3 important; 4 très important.

Une section commentaires est disponible et permet à l'informateur clé d'expliquer son choix dans le cas où le critère serait jugé «1 ambigu » ou « 2 incompréhensible » pour la clarté; « 1 non pertinent » ou « 2 peu pertinent » pour la pertinence; «1 non important » ou « 2 peu important » pour l'importance.

En outre, vous pouvez formuler sur le questionnaire de validation s'il y a lieu, des normes et critères supplémentaires que vous jugez pertinents. Ces éléments peuvent être ajoutés à la fin de chaque norme ou de dimension (en dessous du tableau).

#### **Exemple : Dimension 1 Prise en charge du patient**

Norme 1.1 La planification journalière des activités de soins de chaque patient existe dans l'unité de soins.				
Critères	Clarté	Pertinence	Importance	Commentaires
1.1.1 Le surveillant d'unité dispose des informations sur l'état sanitaire de chaque patient.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

\* Normes et critères supplémentaires (si nécessaire)

#### ➤ *Questionnaires subséquents de validation*

Les éléments proposés par les informateurs-clés seront intégrés dans un deuxième questionnaire et soumis de nouveau à la validation. En raison des réponses obtenues suite à la deuxième validation, une troisième validation pourra être effectuée.

### **UTILISATION ULTÉRIEURE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE**

La validation de ces normes et critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier permettra, lors d'une étape ultérieure, l'élaboration d'un instrument de mesure valide et fiable de la qualité. Cet instrument de mesure rendra ainsi possible la mesure et l'évaluation systématiques de la qualité de l'organisation des services infirmiers à l'hôpital et de l'apport de correctifs nécessaires en vue d'améliorer de façon continue l'organisation des services infirmiers dans les établissements hospitaliers.

### **CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Nous vous invitons à prendre connaissance et à signer le formulaire de consentement annexé à ce document. Vous devez nous retourner la deuxième copie signée avec le questionnaire complété.

### **ÉCHÉANCIER**

Lorsque vous recevez ce questionnaire en mains propres, nous vous demandons de le compléter dans les dix jours qui suivent. Pour les informateurs-clés de la ville de Ouagadougou, la responsable de l'étude (voir contact local ci-dessous) passera le reprendre une fois complété. Pour les informateurs-clés des autres villes, une enveloppe prépayée sera intégrée dans l'enveloppe du questionnaire afin de vous permettre de retourner celui-ci par poste, une fois complété.

N'hésitez pas à me contacter pour toute information complémentaire. Je vous remercie de participer à cette étude.

Joséphine Sawadogo  
Étudiante à la maîtrise  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal.

Tél [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

**SIGNATURES**

**TITRE DE L'ÉTUDE : Adaptation et validation de contenu de normes et critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso.**

**RESPONSABLE DE L'ÉTUDE : JOSÉPHINE SAWADOGO**

Je (nom en lettres moulées du participant).....

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec JOSÉPHINE SAWADOGO et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.

Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant ..... Date .....

Je soussignée, JOSÉPHINE SAWADOGO, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant) .....

Signature de l'investigateur ..... Date .....

*Appendice E*

Consignes à l'intention des informateurs-clés

Deuxième questionnaire

Ouagadougou, le 15 décembre 2004

**Objet** : Consignes du deuxième questionnaire

Madame, Monsieur,

Je tiens par la présente à vous remercier vivement d'avoir répondu au premier questionnaire de validation des normes et des critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier dans le contexte du Burkina Faso. Le dynamisme et la rigueur avec lesquels vous avez collaboré à cette première phase de validation démontrent l'intérêt que vous accordez à l'amélioration de la qualité des soins et services offerts à nos populations.

Je dois dire que j'ai été impressionnée par la pertinence de vos commentaires et je suis rassurée de n'être pas trompée dans le choix des personnes ressources dont vous représentez de véritables potentiels dans le domaine de l'organisation des services infirmiers à l'hôpital. Vos commentaires m'ont été très précieux et ont permis de clarifier certains critères et de structurer le deuxième questionnaire de validation. Je vous en suis grandement reconnaissante.

Au terme de la compilation et de l'analyse des données reçues de ce premier questionnaire, 33 normes sur 34 et 131 critères sur 183 ont été jugés valides. Une norme et 11 critères ont été rejetés, 41 critères ont été reformulés et 21 nouveaux critères ont été identifiés par les informateurs-clés. Les critères reformulés et ajoutés pour un nombre total de 63 font l'objet de ce présent questionnaire.

Pour être validé, chaque critère devait obtenir pour les deux groupes d'informateurs-clés un niveau de consensus de 85 % (ou 3.40 sur 4.00) et plus pour chacun des trois paramètres (clarté, pertinence et importance).

Par la présente, vous êtes invités de nouveau à apprécier chacun des critères soumis dans ce deuxième questionnaire. La manière de répondre demeure la même qu'au premier questionnaire. Pour chaque critère, vous devez examiner et vous prononcer sur la clarté, la pertinence et l'importance.

### *Clarté*

La clarté d'un critère indique que la formulation de l'énoncé du critère est explicite, complète et compréhensible. Elle réfère à la netteté de l'énoncé ou au vocabulaire utilisé ou encore à la compréhension immédiate et univoque de la signification de l'énoncé. La clarté est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 incompréhensible; 2 ambigu; 3 clair; 4 très clair.

### *Pertinence*

La pertinence d'un critère correspond à sa capacité à mesurer adéquatement la norme ou un aspect de la norme qu'il est sensé rendre opérationnel (Lynn, 1986). La pertinence est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 non pertinent; 2 peu pertinent; 3 pertinent; 4 très pertinent.

### *Importance*

L'importance d'un critère est définie comme quelque chose qui importe, qui a beaucoup d'intérêt, de grandes conséquences (Ménard, 2002). L'importance est mesurée à l'aide de l'échelle de type LIKERT, coté de 1 à 4 comme suit : 1 non important; 2 peu important; 3 important; 4 très important.

Une section commentaires est disponible et permet à l'informateur clé d'expliquer son choix dans le cas où le critère serait jugé «1 ambigu » ou « 2 incompréhensible » pour la clarté; « 1 non pertinent » ou « 2 peu pertinent » pour la pertinence; «1 non important » ou « 2 peu important » pour l'importance.

Vous avez un échéancier de dix jours à compter de la réception de ce deuxième questionnaire en mains propres pour compléter et nous le retourner. N'hésitez pas à me contacter pour toute information complémentaire. Je vous réitère tous mes remerciements pour votre précieuse collaboration.

Joséphine Sawadogo  
Étudiante à la maîtrise  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal.

**Tél :** [REDACTED]  
**Courriel :** [REDACTED]

*Appendice F*

Certificat d'éthique de la recherche des sciences de la santé

de l'Université de Montréal

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet** :: « Adaptation et validation de contenu de normes et critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso »

**Sous la direction de** : Marie Alderson

**Financé par** :

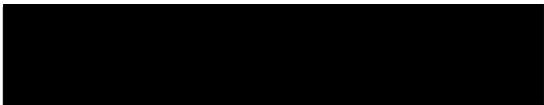
---

À la réunion du 28 août 2004, six membres du CERSS étaient présents. Ce sont : le président, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, le représentant du Département de kinésiologie, la spécialiste en éthique et la représentante de l'École d'optométrie

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du : Novembre 2004 à novembre 2005

  
Claude Beaulné, O.D., M.Sc.  
Président CERSS  
École d'optométrie  


Le 10 nov. 04

*Appendice G*

Liste des normes et des critères valides suite  
au processus de validations

Dimensions (8)	Normes (33)	Critères (189)
1 Prise en charge du patient	6	41
2 Gestion de l'unité de soins	6	27
3 Communication- information	5	25
4 Collaboration interprofessionnelle	5	20
5 Formation	5	40
6 Gestion du matériel biomédical	3	11
7 Gestion des activités hôtelières	2	20
8 Gestion de l'imprévu	1	05

### DIMENSION I : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

<b>Norme 1.1</b>	<b>La planification journalière des activités de soins de chaque patient existe dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 1.1.1</b>	Le surveillant d'unité dispose des informations sur l'état sanitaire de chaque Patient.
<b>Critère 1.1.2</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient tient compte de ses besoins.
<b>Critère 1.1.3</b>	La planification journalière des activités de soins de chaque patient est réajustée en fonction de la prescription médicale.
<b>Critère 1.1.4</b>	La programmation des examens de chaque patient est consignée sur un support écrit faisant partie du dossier de soins.
<b>Critère 1.1.5</b>	La programmation des examens comprend : la date de la demande ainsi que la date et l'heure du rendez-vous.
<b>Norme 1.2</b>	<b>La prise en charge infirmière du patient se fait sur base d'un plan de soins.</b>
<b>Critère 1.2.1</b>	Chaque patient dispose d'un plan de soins infirmiers à jour.
<b>Critère 1.2.2</b>	Le plan de soins infirmiers est un support lisiblement écrit pour faciliter la continuité et la coordination des soins.
<b>Critère 1.2.3</b>	La programmation horaire des soins est indiquée sur le plan de soins.
<b>Critère 1.2.4</b>	Le plan de soins est un élément constitutif du dossier du patient.

<b>Norme 1.3</b>	<b>L'organisation des soins infirmiers est facilitée par des services médico-techniques et administratifs adéquats.</b>
<b>Critère 1.3.1</b>	Les services d'imagerie médicale sont assurés dans un délai maximum d'une heure pour tous les patients en situation d'urgence.
<b>Critère 1.3.2</b>	Les services d'imagerie médicale sont assurés dans les 8 heures suivant l'admission du patient pour tous les patients en situation non urgente.
<b>Critère 1.3.3</b>	Les services de laboratoire sont assurés dans un délai maximum d'une heure pour tous les patients en situation d'urgence.
<b>Critère 1.3.4</b>	Les services de laboratoire sont assurés dans un délai de huit heures en situation non urgente pour tous les patients.
<b>Norme 1.4</b>	<b>La visite médicale des patients est organisée.</b>
<b>Critère 1.4.1</b>	Des modalités d'organisation de la visite médicale (jours, heures, procédures, etc.) fixées par consensus entre le médecin-chef et le surveillant d'unité de soins existent.
<b>Critère 1.4.2</b>	Les modalités d'organisation de la visite médicale (jours, heures, procédures, etc.) sont respectées.
<b>Critère 1.4.3</b>	Le surveillant d'unité ou son délégué et l'équipe de soins participent à la visite médicale.
<b>Critère 1.4.4</b>	Pendant la visite médicale, il y a au plus un accompagnant au chevet du patient.
<b>Critère 1.4.5</b>	Les consignes de la visite médicale sont enregistrées par le surveillant ou tout autre infirmier.
<b>Critère 1.4.6</b>	Les dossiers des patients sont mis à jour et classés après la visite médicale.
<b>Norme 1.5</b>	<b>L'information du patient et de ses proches est régulièrement assurée au sein de l'unité de soins.</b>
<b>Critère 1.5.1</b>	Un livret d'accueil du centre hospitalier et le cas échéant de l'unité de soins est disponible pour le patient et ses proches.
<b>Critère 1.5.2</b>	La charte du patient hospitalisé est portée à la connaissance du patient et à ses proches et affichée dans les chambres des patients.
<b>Critère 1.5.3</b>	Le patient et/ou sa famille connaît le programme des activités de soins qui le concernent dans la journée.
<b>Critère 1.5.4</b>	En cas de modification de la programmation journalière des activités de soins, le patient et/ou sa famille est informé.
<b>Critère 1.5.5</b>	Le patient qui doit subir des examens est informé la veille sur les précautions à prendre (jeûne...) et sur l'heure des prélèvements ou de son déplacement vers d'autres secteurs de l'hôpital.
<b>Critère 1.5.6</b>	Le patient qui doit subir des examens spéciaux (lavement baryté, fibroscopie, etc.) reçoit des explications de la part de l'équipe soignante.
<b>Critère 1.5.7</b>	Les horaires de visites des patients sont affichés dans l'unité de soins.
<b>Critère 1.5.8</b>	Le patient et sa famille sont informés des heures de visite dans l'unité de soins.
<b>Critère 1.5.9</b>	Le patient et sa famille connaissent où sont situés les W.C. et les douches fonctionnels au niveau de l'unité de soins et le cas échéant au sein de l'hôpital.
<b>Critère 1.5.10</b>	Le patient et/ou sa famille est informé sur comment prendre soin de ses affaires personnelles.
<b>Critère 1.5.11</b>	Le patient et/ou sa famille est informé de la disponibilité des conseillers religieux ou laïcs et de l'existence d'un endroit de culte au sein de l'hôpital.
<b>Critère 1.5.12</b>	Le patient et sa famille sont informés de la disponibilité des endroits réservés à la cuisine et au repos au sein de l'hôpital.
<b>Critère 1.5.13</b>	Le patient et sa famille sont informés de la disponibilité des endroits réservés pour la poubelle au niveau de l'unité de soins.

<b>Norme 1.6</b>	<b>Des médicaments d'urgence et des consommables médicaux sont disponibles dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 1.6.1</b>	L'unité de soins est dotée périodiquement de médicaments d'urgence en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.
<b>Critère 1.6.2</b>	L'unité de soins est dotée périodiquement de consommables médicaux en quantité et en qualité en fonction de ses besoins.
<b>Critère 1.6.3</b>	Une trousse de médicaments d'urgence existe dans l'unité de soins.
<b>Critère 1.6.4</b>	Les médicaments de la trousse d'urgence sont répertoriés sur support écrit et remis à jour après chaque utilisation.
<b>Critère 1.6.5</b>	En cas de commande urgente de médicaments et/ou de consommables médicaux, la livraison est faite dans un délai maximum de deux heures.
<b>Critère 1.6.6</b>	L'armoire de rangement des médicaments et des consommables se ferme à clé, permettant d'assurer la sécurité.
<b>Critère 1.6.7</b>	Les modalités de conservation des médicaments sont respectées.
<b>Critère 1.6.8</b>	La trousse des médicaments d'urgence est accessible à l'équipe de soins.
<b>Critère 1.6.9</b>	Les médicaments de la trousse d'urgence sont rangés de telle sorte qu'ils sont facilement identifiables tout en respectant les conditions de conservation.

## DIMENSION II: GESTION DE L'UNITÉ DE SOINS

<b>Norme 2.1</b>	<b>La répartition journalière du personnel soignant est réalisée de manière adéquate par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant.</b>
<b>Critère 2.1.1</b>	La répartition journalière du personnel soignant en équipes tient compte de la qualification des différentes catégories professionnelles présentes dans l'unité de soins
<b>Critère 2.1.2</b>	La répartition du personnel soignant aux postes de soins par le surveillant d'unité de soins ou son remplaçant est systématique.
<b>Critère 2.1.3</b>	Un infirmier nommé désigné est responsable dans chaque équipe de soins.
<b>Critère 2.1.4</b>	Chaque équipe de soins est responsable de l'ensemble des activités de soins en réponse aux besoins des patients qui lui sont assignés pendant son service (soins infirmiers intégrés).
<b>Critère 2.1.5</b>	En cas d'absence imprévu d'un membre de l'équipe de soins, une modification écrite de la répartition du travail est établie.
<b>Norme 2.2</b>	<b>En absence du surveillant d'unité de soins, la gestion de l'unité de soins est assurée par un infirmier nommé désigné.</b>
<b>Critère 2.2.1</b>	La prise en charge de la gestion de l'unité de soins est assurée par un infirmier délégué et ce, en cas d'absence du surveillant d'unité de soins.
<b>Critère 2.2.2</b>	L'équipe de soins connaît l'infirmier délégué en cas d'absence du surveillant d'unité de soins.
<b>Critère 2.2.3</b>	La communication au sujet de la gestion de l'unité de soins s'établit entre le surveillant d'unité de soins et son remplaçant.
<b>Critère 2.2.4</b>	Un support écrit sur les points relatifs à la gestion de l'unité de soins est mis à la disposition de l'infirmier remplaçant.
<b>Norme 2.3</b>	<b>La description de postes du personnel soignant est disponible dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 2.3.1</b>	La description de postes est rédigée par le surveillant d'unité pour toutes les catégories de personnels exerçant sous sa responsabilité.
<b>Critère 2.3.2</b>	La description de poste situe le niveau d'autorité et de responsabilité de chaque agent.
<b>Critère 2.3.3</b>	Un support de description de poste de chaque membre de l'équipe soignante (attaché de santé, IDE, SF, IB, AA, etc.) est mis à la disposition du personnel de l'unité.

<b>Critère 2.3.4</b>	La description de postes de l'ensemble du personnel soignant est connu du médecin-chef de l'unité.
<b>Critère 2.3.5</b>	La description de postes est validée par l'ensemble du personnel de l'unité de soins.
<b>Norme 2.4</b>	<b>La gestion des horaires de l'équipe de soins est adéquate dans l'unité.</b>
<b>Critère 2.4.1</b>	Le planning horaire de l'équipe de soins est établi pour une durée de prestations d'un mois.
<b>Critère 2.4.2</b>	Le planning horaire du personnel soignant est affiché dans l'unité de soins.
<b>Critère 2.4.3</b>	La programmation des congés annuels du personnel soignant prévoit au plus deux agents en congé par mois, indépendamment de l'effectif du personnel et des statistiques sur la fréquentation de l'unité de soins.
<b>Critère 2.4.4</b>	Un tableau de bord indique le mouvement (congé, permission, formation) du personnel soignant.
<b>Critère 2.4.5</b>	Un cahier de présence est initié permettant la gestion du taux d'absentéisme du personnel.
<b>Norme 2.5</b>	<b>La gestion de l'occupation des lits est adéquate.</b>
<b>Critère 2.5.1</b>	La programmation des admissions prévisibles est transmise à l'unité de soins au moins la veille du jour des admissions.
<b>Critère 2.5.2</b>	Les données relatives à la programmation des admissions prévisibles des patients indiquent : le nombre d'admissions; l'identification des patients (nom, prénom, date de naissance, etc.); le diagnostic ou le motif d'hospitalisation.
<b>Critère 2.5.3</b>	La répartition des patients par chambre dans l'unité de soins tient compte de l'état de contamination, de l'état mental et physique du patient.
<b>Critère 2.5.4</b>	L'unité de soins possède un tableau qui permet de repérer rapidement la situation géographique des patients dans le service.
<b>Norme 2.6</b>	<b>Le matériel de bureau de l'unité de soins correspond aux besoins du personnel infirmier.</b>
<b>Critère 2.6.1</b>	L'unité de soins est régulièrement dotée en documents administratifs en quantité suffisante.
<b>Critère 2.6.2</b>	L'unité de soins dispose de classeurs ou tout autre système avec moyen d'étiquetage afin de faciliter une tenue correcte des informations écrites.
<b>Critère 2.6.3</b>	L'unité de soins assure un système de rangement rationnel des documents administratifs permettant de repérer facilement chaque type de document.
<b>Critère 2.6.4</b>	Les documents administratifs sont accessibles à l'équipe de soins.

### DIMENSION : COMMUNICATION-INFORMATION

<b>Norme 3.1</b>	<b>L'ensemble des informations écrites est diffusé, centralisé et accessible au sein de l'unité.</b>
<b>Critère 3.1.1</b>	L'unité de soins possède un tableau d'affichage accessible à tout le personnel.
<b>Critère 3.1.2</b>	Les notes de service du mois en cours sont affichées.
<b>Critère 3.1.3</b>	Les notes de service de l'année en cours sont centralisées et classées dans une chemise.
<b>Critère 3.1.4</b>	Les notes de service de l'année en cours sont accessibles à toute l'équipe de soins.
<b>Critère 3.1.5</b>	Toute information écrite et affichée est lisible, datée et signée.
<b>Critère 3.1.6</b>	Le règlement intérieur de l'hôpital est accessible à tout le personnel de l'unité de soins.

<b>Critère 3.1.7</b>	Le document portant projet d'établissement est accessible à tout le personnel de l'unité de soins.
<b>Critère 3.1.8</b>	Le manuel de procédures portant sur l'hygiène hospitalière est accessible à tout le personnel de l'unité de soins.
<b>Critère 3.1.9</b>	Les compte rendus ou procès verbaux de réunions sont répertoriés, classés et accessibles.
<b>Norme 3.2</b>	<b>La communication orale et écrite concernant les patients existent dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 3.2.1</b>	Un rapport oral existe à chaque changement d'équipes, sur l'évolution de l'état sanitaire des patients de l'unité.
<b>Critère 3.2.2</b>	Un rapport écrit existe à chaque changement d'équipes, sur l'évolution de l'état des patients de l'unité.
<b>Critère 3.2.3</b>	La communication orale est facilitée à chaque changement d'équipes par l'utilisation d'un temps formel de chevauchement (15 minutes minimum) entre les deux équipes de travail.
<b>Critère 3.2.5</b>	Les informations écrites sur le patient transféré des urgences vers les unités de soins comprennent au moins : les soins infirmiers administrés et programmés; les examens médicaux de diagnostic faits et programmés; le traitement médical administré et programmé; l'état de santé du patient.
<b>Critère 3.2.6</b>	L'équipe de soins tient une fois par semaine un staff infirmier portant sur un problème relié aux soins.
<b>Norme 3.3</b>	<b>La réunion de l'équipe soignante existe dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 3.3.1</b>	Le surveillant d'unité de soins organise au moins une fois par mois une réunion formelle avec l'équipe soignante.
<b>Critère 3.3.2</b>	La réunion de l'équipe soignante fait l'objet d'un compte rendu écrit.
<b>Critère 3.3.3</b>	Une copie du compte rendu de la réunion mensuelle est transmise au médecin-chef et au directeur des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO).
<b>Critère 3.3.4</b>	Un processus de suivi des décisions prises lors des réunions mensuelles est mis en place pour assurer l'exécution de ces décisions.
<b>Norme 3.4</b>	<b>La communication entre médecins et infirmiers existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 3.4.1</b>	Le personnel médical est informé du planning horaire et de la répartition des tâches du personnel infirmier.
<b>Critère 3.4.2</b>	Une concertation entre médecin et équipe soignante existe en cas de participation du médecin à un soin.
<b>Critère 3.4.3</b>	Une liste d'adresses du personnel médical de l'unité de soins est disponible.
<b>Critère 3.4.4</b>	Tout membre de l'équipe soignante de service connaît les coordonnées des médecins de garde dans l'unité de soins.
<b>Critère 3.4.5</b>	Le personnel infirmier peut contacter rapidement le personnel médical de l'unité.
<b>Norme 3.5</b>	<b>Le personnel de l'unité connaît les mesures préventives et correctives en cas de danger (incendie, violence physique, etc.)</b>
<b>Critère 3.5.1</b>	Un manuel de procédures relatif aux mesures à appliquer en cas de danger existe dans l'unité
<b>Critère 3.5.2</b>	Tout membre de l'équipe de soins peut nommer les mesures préventives et correctives à appliquer en cas de danger dans l'unité.

---

**DIMENSION IV : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**


---

<b>Norme 4.1</b>	<b>La collaboration entre le personnel médical et le personnel infirmier existe dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 4.1.1</b>	Il y a des cadres formels de concertation journalière entre le ou les médecins traitants et le surveillant d'unité de soins au sujet de la prise en charge des patients.
<b>Critère 4.1.2</b>	Il existe un cadre formel de concertation mensuelle entre l'équipe médicale et l'équipe soignante.
<b>Critère 4.1.3</b>	Le plan de soins infirmiers est pris en considération par le ou les médecins traitants dans le processus de la prise en charge du patient.
<b>Norme 4.2</b>	<b>La collaboration entre les services médico-techniques, administratifs, logistiques et les autres unités existe.</b>
<b>Critère 4.2.1</b>	Il existe un cadre formel de concertation périodique entre les unités de soins et les unités médico-techniques.
<b>Critère 4.2.2</b>	Il existe un support écrit regroupant les consignes issues de ces concertations.
<b>Critère 4.2.3</b>	Lors d'un transfert de patient, le moment de transfert est déterminé en accord entre les unités de soins concernées.
<b>Critère 4.2.4</b>	Les informations sur l'état de santé du patient, transmises lors de son transfert constituent le tableau de bord pour la planification et la gestion des soins de l'unité d'accueil.
<b>Critère 4.2.5</b>	L'unité de soins dispose des renseignements administratifs du patient dans l'heure qui suit son admission.
<b>Critère 4.2.6</b>	Les renseignements administratifs sur le patient comprennent au moins: nom et prénom du patient; date et lieu de naissance; profession et adresse; numéro de dossier; coordonnées de la personne à avertir.
<b>Critère 4.2.7</b>	Lors de la survenue d'un problème relatif à un dysfonctionnement organisationnel continu d'une des unités ayant une répercussion sur plusieurs unités, une concertation inter-unités est organisée entre les personnes responsables dans un délai maximum d'une semaine.
<b>Norme 4.3</b>	<b>L'unité de soins collabore avec les différents corps de métier.</b>
<b>Critère 4.3.1</b>	Le surveillant est averti des travaux qui ont lieu dans son unité de soins.
<b>Critère 4.3.2</b>	Lors de la survenue d'un problème technique urgent, le surveillant d'unité de soins assure un contact avec le corps de métier concerné dans un délai de 24 heures.
<b>Critère 4.3.3</b>	Le surveillant d'unité de soins établit les bons de commande de réparation dans la semaine pour une demande « non urgente ».
<b>Critère 4.3.4</b>	Le surveillant d'unité de soins planifie un suivi des bons de réparation dans les 24 heures pour une demande « urgente » et dans la semaine pour une demande « non urgente ».
<b>Norme 4.4</b>	<b>L'unité de soins dispose de personnel chargé du brancardage.</b>
<b>Critère 4.4.1</b>	Des informations écrites relatives au patient comportant son nom, les numéros de sa chambre et de son lit, son heure de transport, sa destination et son degré de mobilisation sont transmises aux brancardiers.

---

<b>Critère 4.4.2</b>	L'horaire des brancardiers est connu de l'unité de soins.
<b>Critère 4.4.3</b>	Les brancardiers transportent et orientent les patients dans leurs déplacements vers d'autres secteurs de l'hôpital.
<b>Norme 4.5</b>	<b>La programmation des examens médicaux des patients est adéquate.</b>
<b>Critère 4.5.1</b>	Une liste des examens essentiels par pathologie existe sur support écrit au sein de l'unité de soins.
<b>Critère 4.5.2</b>	La planification des examens médicaux respecte les principes de base tels que : la séquence des examens; l'état de santé du patient; l'ordre de priorité d'urgence ou non en fonction de l'état de santé du patient; l'ordre des examens en fonction des protocoles de préparation (exemple, une urographie I.V. est programmée avant un lavement baryté).
<b>Critère 4.5.3</b>	Lors de l'annulation d'un examen, l'unité de soins informe dans un bref délai le service médico-technique.

#### DIMENSION V : FORMATION

<b>Norme 5.1</b>	<b>L'accès à des activités de formation continue est facilité pour l'ensemble du personnel soignant.</b>
<b>Critère 5.1.1</b>	Des activités de formation continue correspondant aux besoins de formation du personnel soignant sont réalisées périodiquement (au moins une fois par trimestre) auprès de l'ensemble du personnel soignant.
<b>Critère 5.1.2</b>	Le plan de formation de la Direction des soins infirmiers et obstétricaux prévoit une formation de l'ensemble du personnel soignant sur l'accueil.
<b>Critère 5.1.3</b>	Le programme des formations organisées par la Direction des soins infirmiers et obstétricaux est affiché dans l'unité.
<b>Critère 5.1.4</b>	Le personnel soignant de l'unité participe aux séances de formation continue.
<b>Critère 5.1.5</b>	Le surveillant établit l'horaire du personnel de l'unité en fonction du planning des séances de formation.
<b>Critère 5.1.6</b>	Le surveillant encourage la promotion de l'auto apprentissage dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.1.7</b>	Un centre de documentation disposant de la documentation en soins infirmiers et obstétricaux est fonctionnel au sein de l'hôpital.
<b>Critère 5.1.8</b>	Le personnel soignant est informé de l'existence d'un centre de documentation au sein de l'hôpital et de ses conditions d'exploitation.
<b>Norme 5.2</b>	<b>Des modalités d'accueil et d'intégration du nouveau personnel existent dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 5.2.1</b>	Le surveillant d'unité de soins, lors de l'entrée en fonction d'un nouvel agent, est averti de la date et de l'heure d'arrivée.
<b>Critère 5.2.2</b>	Le surveillant d'unité de soins prévoit l'accueil du nouvel agent dans l'unité.
<b>Critère 5.2.3</b>	Le surveillant d'unité prévoit l'information relative à l'organisation générale de l'unité de soins au cours de la première semaine de présence d'un nouveau agent dans l'équipe soignante.
<b>Critère 5.2.4</b>	Un support écrit relatif à l'organisation générale de l'unité de soins est mis à la disposition de tout nouvel agent.
<b>Critère 5.2.5</b>	Le surveillant d'unité prévoit un encadrement personnalisé du nouvel agent afin de faciliter son adaptation graduelle à la culture de l'unité de soins.
<b>Critère 5.2.6</b>	Chaque membre de l'équipe soignante porte un badge d'identification comportant son nom, sa qualification et sa fonction.
<b>Norme 5.3</b>	<b>Des protocoles de soins sont disponibles dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 5.3.1</b>	Des protocoles de soins d'urgence sont mis à la disposition du personnel soignant.

<b>Critère 5.3.2</b>	Des protocoles de prise en charge de la douleur sont mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.3</b>	Des protocoles de soins pré et post-opératoires sont mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.4</b>	Des protocoles de soins pré et post-examens sont mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.5</b>	Un protocole d'accueil du patient et de ses proches est mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.6</b>	Un protocole de la démarche en soins infirmiers en fonction du modèle conceptuel en vigueur dans l'hôpital ou le cas échéant dans l'unité de soins est mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.7</b>	Un protocole de prévention des escarres est mis à la disposition du personnel soignant.
<b>Critère 5.3.8</b>	Un protocole de lavage des mains existe dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.3.9</b>	Un protocole de pose de voie veineuse est mis à la disposition du personnel soignant
<b>Critère 5.3.10</b>	Un protocole sur le traitement du matériel garantissant la sécurité des malades et du personnel soignant est disponible dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.3.11</b>	Les protocoles de soins sont réactualisés au moins tous les deux ans.
<b>Critère 5.3.12</b>	Tout le personnel soignant de l'unité est associé à la validation des protocoles de soins.
<b>Norme 5.4</b>	<b>Une évaluation régulière des compétences du personnel soignant est organisée dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 5.4.1</b>	L'évaluation des compétences repose sur des critères établis par écrit, par le surveillant d'unité, la direction des soins infirmiers et obstétricaux et un groupe d'experts.
<b>Critère 5.4.2</b>	Ces critères sont connus et acceptés par le personnel évalué.
<b>Critère 5.4.3</b>	Le personnel soignant est évalué au moins une fois par an.
<b>Critère 5.4.4</b>	Des besoins de formation du personnel soignant sont identifiés sur base de l'évaluation des compétences.
<b>Critère 5.4.5</b>	Des objectifs sont définis en vue de renforcer le niveau de compétence du personnel soignant.
<b>Critère 5.4.6</b>	Des activités de formation continue et d'encadrement sont prévues pour l'atteinte de ces objectifs.
<b>Norme 5.5</b>	<b>L'encadrement des étudiants infirmiers est assuré.</b>
<b>Critère 5.5.1</b>	Les outils de gestion du stage des étudiants infirmiers (objectifs, fiches de présence, fiches d'évaluation, etc.) sont disponibles dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.5.2</b>	Le surveillant connaît le niveau de formation des étudiants infirmiers présents dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.5.3</b>	Le surveillant prévoit une information relative à l'organisation générale de l'unité au cours de la première journée de présence des étudiants infirmiers.
<b>Critère 5.5.4</b>	Chaque étudiant ou un groupe d'étudiants infirmiers est pris en charge par un infirmier de l'unité de soins durant tout le stage.
<b>Critère 5.5.5</b>	En début de prestations, les étudiants infirmiers disposent d'informations concernant l'état des patients à qui ils doivent dispenser les soins.
<b>Critère 5.5.6</b>	En fin de stage, les étudiants infirmiers sont évalués par l'infirmier ayant assuré leur encadrement dans l'unité de soins.
<b>Critère 5.5.7</b>	L'évaluation des étudiants infirmiers en fin de stage dans l'unité de soins se fait en présence de chaque étudiant infirmier et le cas échéant en présence de l'enseignant superviseur de l'École nationale de santé publique.
<b>Critère 5.5.8</b>	En fin de stage, une évaluation comportant le niveau de progression des étudiants infirmiers et les difficultés rencontrées est transmise par l'unité de soins à la structure en charge de la formation.

---

## DIMENSION VI : LA GESTION DU MATÉRIEL BIOMÉDICAL ET DE L'ÉQUIPEMENT

<b>Norme 6.1</b>	<b>La gestion du matériel biomédical et de l'équipement nécessaires à la dispensation des soins est assurée.</b>
<b>Critère 6.1.1</b>	L'unité de soins possède un lieu de rangement permettant un accès facile de l'équipement.
<b>Critère 6.1.2</b>	Le surveillant d'unité de soins ou un infirmier délégué vérifie une fois par mois, l'intégrité de la dotation de l'équipement et du matériel de soins.
<b>Critère 6.1.3</b>	L'unité de soins dispose d'un inventaire trimestriel du matériel biomédical et de l'équipement.
<b>Critère 6.1.4</b>	La dotation en matériel biomédical et équipement de l'unité de soins est revue une fois par an en fonction des besoins d'utilisation spécifique de l'unité de soins.
<b>Critère 6.1.5</b>	En cas d'usage d'un nouveau matériel, le personnel de l'unité de soins dispose d'une procédure écrite relative au fonctionnement et aux précautions particulières à prendre.
<b>Critère 6.1.6</b>	Un répertoire de fiches techniques concernant certains matériels ou équipements, leur fonctionnement et leur entretien après usage est disponible dans l'unité de soins.
<b>Critère 6.1.7</b>	Un matériel dysfonctionnel est réparé ou remplacé dans un délai raisonnable.
<b>Norme 6.2</b>	<b>La sécurité du matériel biomédical et de l'équipement nécessaires à la dispensation des soins est assurée.</b>
<b>Critère 6.2.1</b>	Des armoires sont mises à la disposition du personnel de l'unité pour le rangement du matériel biomédical.
<b>Critère 6.2.2</b>	Les armoires de rangement du matériel biomédical se ferment à clé.
<b>Norme 6.3</b>	<b>Le matériel d'urgence existe dans l'unité.</b>
<b>Critère 6.3.1</b>	Une liste de matériel d'urgence est présente dans l'armoire ou dans la trousse d'urgence.
<b>Critère 6.3.2</b>	L'équipement de l'armoire ou de la trousse d'urgence est vérifié une fois par mois et après chaque utilisation.

## DIMENSION VII : LA GESTION DES ACTIVITÉS HÔTELIÈRES

<b>Norme 7.1</b>	<b>Les tâches hôtelières sont organisées dans l'unité de soins.</b>
<b>Critère 7.1.1</b>	La planification de la commande des repas est assurée en fonction des consignes médicales pour les patients en régime.
<b>Critère 7.1.2</b>	L'identification du patient (nom/prénom, unité de soins, chambre, lit) est assurée sur les fiches de commande de repas.
<b>Critère 7.1.3</b>	Au moment de la distribution des repas, l'infirmier de service prévoit une vérification de la conformité des régimes commandés.
<b>Critère 7.1.4</b>	La distribution des repas se fait conformément à un horaire déterminé.
<b>Critère 7.1.5</b>	La mise à jeun des patients est respectée conformément aux consignes médicales.
<b>Critère 7.1.6</b>	L'infirmier de service prévoit de contrôler que les repas apportés par les familles sont conformes aux prescriptions médicales établies pour les patients sous régime.
<b>Norme 7.2</b>	<b>L'entretien de l'environnement physique est assuré.</b>
<b>Critère 7.2.1</b>	La propreté des locaux est assurée au sein de l'unité de soins.
<b>Critère 7.2.2</b>	La programmation des heures de nettoyage est adéquate en fonction de l'administration des soins aux patients.

---

<b>Critère 7.2.3</b>	Un membre du personnel de nettoyage est disponible immédiatement en cas de besoin dans l'unité de soins.
<b>Critère 7.2.4</b>	Il existe dans l'unité soins des W.C. fonctionnels pour le personnel.
<b>Critère 7.2.5</b>	Il existe dans l'unité de soins des douches fonctionnelles pour le personnel.
<b>Critère 7.2.6</b>	Il existe dans l'unité de soins des W.C. fonctionnels pour les patients.
<b>Critère 7.2.7</b>	Il existe dans l'unité de soins des douches fonctionnelles pour les patients.
<b>Critère 7.2.8</b>	Il existe une consigne d'interdiction formelle de fumer dans les salles d'hospitalisation.
<b>Critère 7.2.9</b>	La température de la chambre est confortable pour le patient.
<b>Critère 7.2.10</b>	Les déchets sont retirés de la chambre du patient deux fois par jour.
<b>Critère 7.2.11</b>	Les poubelles de l'unité de soins sont vidées au moins deux fois par jour.
<b>Critère 7.2.12</b>	Chaque patient hospitalisé a un seul accompagnant à son chevet.
<b>Critère 7.2.13</b>	Les accompagnants sont sensibilisés sur le respect de la propreté dans l'unité de soins et dans l'ensemble de l'hôpital.
<b>Critère 7.2.14</b>	Chaque patient possède un placard pour ranger ses effets personnels.

---

#### DIMENSION VIII : GESTION DE L'IMPRÉVU

---

<b>Norme 8.1</b>	<b>L'unité de soins peut gérer l'imprévu.</b>
<b>Critère 8.1.1</b>	La planification d'une journée standard est disponible dans l'unité de soins (répartition horaire de l'ensemble des activités de soins réalisées au sein de l'unité).
<b>Critère 8.1.2</b>	En cas de survenue d'événements imprévisibles dans l'unité de soins, ledit événement est géré dans un délai de deux à cinq jours, indépendamment de l'ampleur de la situation.
<b>Critère 8.1.3</b>	Le service des urgences planifie avec l'unité de soins le moment de transfert du patient nouvellement admis et ce, dans un délai raisonnable.
<b>Critère 8.1.4</b>	La planification des équipes de soins prévoit toujours du personnel de suppléance en cas de défaillance d'un membre de l'équipe.
<b>Critère 8.1.5</b>	La planification des équipes prévoit des circuits de mobilisation du personnel nécessaire en cas de surcharge brutale de travail (épidémies, accidents ou autres catastrophes).

---