

**INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE
INTERDISCIPLINAIRES EN SCIENCES DE LA
SANTÉ ET DE L'ÉDUCATION (IFRISSE)**

**_*_*_*_*_*_*_

SCIENCES INFIRMIÈRES ET MAIEUTIQUES

**_*_*_*_*_*_*_

**OPTION MANAGEMENT DE LA QUALITÉ
DES SOINS ET PÉDAGOGIE DE RECHERCHE**

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



**Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires
en Sciences de la Santé et de l'Éducation
(IFRISSE)**

Autorisation N°2015-001793/MESS/SG/DGESR/DIESPr
09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso
www.ifris-bf.org

Tel: (+226) 25 40 75 41

MÉMOIRE DE MASTER 2 EN SCIENCES INFIRMIÈRES

L'INFLUENCE DU SURVEILLANT D'UNITÉ DE SOINS DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PÉDIATRIQUE CHARLES DE GAULLE

Présenté et soutenu par

PAFADNAM Yacouba

Attaché de santé en Chirurgie
Étudiant en sciences infirmières

Directeur de mémoire

Éric TCHOUAKET, PhD, Pr. agrégé

Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Co-directeur de mémoire

Abdoulaye SO, MD, MPH

Centre Hospitalier Universitaire Blaise
Compaoré

Février 2018

**Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en
Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE)**

09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso

Tel: (+226) 70 11 33 02 / (+226) 25 40 75 41

www.ifris-bf.org

Ce mémoire intitulé :

**L'influence du Surveillant d'Unité de Soins dans l'amélioration de
la qualité des soins au Centre Hospitalier Universitaire
Pédiatrique Charles de Gaulle**

Présenté par :

PAFADNAM Yacouba

En vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences en sciences infirmières
option Management de la Qualité des Soins et Pédagogie de Recherche

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dieudonné OUÉDRAOGO, MD, Pr. agrégé, président du jury

Éric TCHOUAKET, PhD, Pr. agrégé, directeur de mémoire

Abdoulaye SO, MD, MPH, co-directeur de mémoire

David Olivier S. ILBOUDO, Sociologue, membre du jury

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DÉDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	viii
LISTE DES ANNEXES	ix
RÉSUMÉ	x
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I - LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	3
1. Définition du problème de recherche	3
2. Question de recherche	5
3. Objectifs de recherche	6
4. Propositions théoriques de recherche	6
CHAPITRE II - LA RECENSION DES ÉCRITS	7
1. Approches conceptuelles de la qualité des soins	7
2. Rôles du Surveillant d'Unité de Soins dans la gestion de l'unité	16
3. Organisation hospitalière et gouvernance clinique	25
CHAPITRE III – LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	33
1. Historique et situation géographique du CHUP-CDG	33
2. Organisation administrative et technique du CHUP-CDG	34
3. Capacité d'accueil du CHUP-CDG	35
4. Fonctionnement du CHUP-CDG	36
CHAPITRE IV - L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	40
1. Devis de recherche	40
2. Échantillonnage	41
3. Outils et techniques de collecte des données	42
4. Opérationnalisation des concepts	44
5. Déroulement de l'enquête	46
6. Procédures d'analyse des données	47
7. Critères de scientificité de l'étude	47
8. Éthique de la recherche	51

CHAPITRE V - LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	53
1. Caractéristiques des participants à l'étude	53
2. Rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	54
3. Leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	70
4. Synthèse des résultats	74
5. Vérification des propositions théoriques de recherche	76
6. Cadre conceptuel d'amélioration de la qualité des soins applicable au CHUP- CDG	77
CHAPITRE VI – LA DISCUSSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE	79
1. Discussion des résultats	80
2. Limites de l'étude	86
3. Forces de l'étude	88
CONCLUSION	89
RÉFÉRENCES	91
ANNEXES	xiv
TABLE DES MATIÈRES	xxii

DÉDICACE

Je dédie ce travail de recherche à mon adorable et charmante épouse Mme PAFADNAM née SANA Fatou, l'amour de mon cœur et la personne la plus chère dans ma vie depuis le 24 août 2000. Vous m'avez beaucoup soutenu tout au long de ma formation à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation. Ce soutien m'a été considérablement réconfortant et bénéfique au fur et à mesure que le protocole de mémoire prenait forme jusqu'à la finalisation du travail de recherche et la soutenance du mémoire de fin de formation.

Que ce travail de recherche qui est le fruit du labeur et de la persévérance en dépit de l'adversité vous comble de satisfaction et de bonheur intense !

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche en sciences infirmières est l'aboutissement d'un long processus au cours duquel la contribution de nombre de personnes a été déterminante. Au terme du travail et avant tout propos, je voudrais exprimer dans les lignes qui suivent un devoir de reconnaissance :

Je voudrais remercier particulièrement Professeur Éric TCHOVAKET, mon directeur de mémoire et Docteur Abdoulaye SO, mon co-directeur de mémoire qui ont consenti à diriger cette étude et m'ont effectivement encadré, encadrement dont je suis satisfait. J'ai beaucoup apprécié leur disponibilité à m'accompagner et au-delà, la rigueur de leur encadrement. Je voudrais saisir cette opportunité pour remercier mes enseignants Docteur George ROUAMBA, Messieurs Noufou Gustave NANA et Issouf Talato TASSEMBÉDO pour leur précieux accompagnement.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance et témoigner ma gratitude à :

- ✓ *Docteur Dieudonné SOUBEIGA, infirmier, enseignant et directeur de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation ;*
- ✓ *Professeur Robert BILTÉRY, infirmier, enseignant à l'Université du Québec en Outaouais et à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation ;*

- ✓ Docteur Aimé Wendpouiré KABORÉ, médecin, maitre-assistant à l'Université Ouaga I Joseph KI-ZERBO et directeur du Centre Municipal de Santé Bucco-dentaire de Ouagadougou ;
- ✓ Docteur Marie Thérèse Arcens SOMÉ, sociologue, maitre-assistant à l'Institut des Sciences des Sociétés ;
- ✓ Mme Aminata OUÉDRAOGO, attaché de santé et directrice des soins infirmiers et obstétricaux du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUÉDRAOGO ;
- ✓ Mme Safiata KABORÉ et Mr André KONBITAMDE, étudiants à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation, promotion 2015-2017 ;
- ✓ Aux autorités administratives et sanitaires du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle, le directeur des soins infirmiers et les surveillants d'unités de soins des services cliniques en particulier, ainsi que le personnel administratif et de santé ;
- ✓ A tous les enseignants (es) et au personnel administratif et pédagogique de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation ;
- ✓ A tous les étudiants (es) des promotions 2015-2017, 2016-2018 et 2017-2019 de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation.

Enfin, que les personnes dont les noms n'ont pas été mentionnés dans ce document, mais dont les contributions m'ont permis d'enrichir mon travail trouvent ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des lits d'hospitalisation par unité de soins au CHUP-CDG en 2014.....	36
Tableau 2 : Prestations de soins par service au CHUP-CDG.....	37
Tableau 3 : Concepts, dimensions, outils de collecte et sources des données.....	45

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Roue de Deming ou cycle PDCA	14
Figure 2 : Roue de Deming appliquée au domaine de la santé (« Plan - Do - Check - Act », William Edwards Deming)	15
Figure 3 : Cadre conceptuel applicable à l'amélioration de la qualité des soins	78

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AFNOR : Association Française de Normalisation.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

CHUP-CDG : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle.

CUS : Care Unit Supervisor.

DHQS : Direction de l'Hospitalisation et de la Qualité des Soins.

ibid. : ibidem.

ISO: International Organization for Standardization.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

op. cit. : Ouvrage précédemment cité.

PDCA: Plan, Do, Check, Act.

SIDA : Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis.

SSI : Service des Soins Infirmiers.

SUS : Surveillant d'Unité de Soins.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information du participant.....	101
Annexe 2 : Formulaire de consentement libre et éclairé.....	102
Annexe 3 : Guide d'entrevue.....	103
Annexe 4 : Grille d'analyse des données.....	105
Annexe 5 : Avis favorable du Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé.....	106
Annexe 6 : Autorisation d'enquête du CHUP-CDG.....	108

RÉSUMÉ

Problématique

De nos jours, la qualité des soins est une préoccupation constante des établissements de santé. En raison de la place importante qu'occupe le Surveillant d'Unité de Soins (SUS) dans le management hospitalier, son influence s'avère prépondérante dans l'amélioration de la qualité des soins. Notre étude porte sur l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle (CHUP-CDG). Elle vise à comprendre l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers.

Approche méthodologique

Un devis qualitatif de type étude de cas multiples, holistique, à un seul niveau d'analyse a été utilisé. La population source est constituée des SUS travaillant au CHUP-CDG. Pour le choix des participants à l'enquête, nous avons fait recours à un échantillonnage à choix raisonné. La population échantillonnée est constituée des SUS des services cliniques. Un échantillon de neuf participants a été enquêté. Les méthodes de collecte des données ont consisté en des entrevues individuelles semi-dirigées enregistrées, des observations de terrain, une prise de notes dans un journal de bord et une revue documentaire. L'enquête s'est déroulée du 8 au 29 août 2017 au CHUP-CDG. Les entrevues ont été ensuite intégralement transcrites. Après le codage des données à l'aide du logiciel R-Based Qualitative Data Analysis (RQDA), une analyse thématique de contenu a été réalisée. Notre protocole de recherche a été préalablement soumis au Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso pour avis et approbation. Pour assurer la rigueur scientifique de l'étude, nous avons veillé aux critères de validité du construit, de crédibilité, de fiabilité, de confirmabilité, d'imputabilité procédurale et de transférabilité des résultats.

Résultats

La planification des activités, la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires, la gestion des ressources y compris l'information, le suivi de la traçabilité des soins et la mise en place des actions d'amélioration sont les principales activités à travers lesquelles le SUS des services cliniques contribue de façon significative à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. En revanche, l'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste, la vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences, et l'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel sont les activités pour lesquelles son influence n'apporte pas de plus-value significative. En exploitant plusieurs éléments appartenant à son leadership dans la prise de décisions, la mobilisation et la motivation des équipes de soins, le SUS contribue conséquemment à l'amélioration de la qualité des soins. En revanche, le leadership du SUS dans la construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins a peu d'effet sur l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG.

Conclusion

L'étude a permis de mieux comprendre l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. Le SUS occupe une place particulière dans l'unité de soins. Par conséquent, la réussite de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins est tributaire de son implication, de son engagement et des niveaux de mobilisation et de participation de ses équipes de soins dans l'exécution des activités de l'unité.

Mots-clés

Hôpital, Pédiatrique, Surveillant d'Unité de Soins, Influence, Amélioration de la qualité des soins, Leadership.

ABSTRACT

Background

Nowadays, the quality of care in health care institutions comes to be an issue and the place of Care Unit Supervisor (CUS) in hospital management becomes more and more important. His influence edges to be preponderant in the improvement of care quality. Our study focuses on CUS's influence in the care quality improvement at the Charles de Gaulle Pediatric Teaching Hospital (CHUP-CDG). Our aim is to understand the CUS's influence in the improvement of the care quality in this hospital.

Methods

A qualitative, holistic multiple case study design, single-level analysis was carried out. The study's participants were the CUS working at the CHUP-CDG. We used a reasoning sample approach to choose the clinical services' CUS. Our survey took account a nine participants sample. The data collection methods comprised individual semi-directed interviews recorded, field observations, note-pad holding and a documentary review. Interviews were conducted from August 8th to 29th, 2017 at the CHUP-CDG and fully transcribed. After coding the data by using R-Based Qualitative Data Analysis (RQDA) software, a thematic content analysis was applied as a data analysis method. Our research protocol was reviewed by the Burkina Faso Health Research Ethic Committee to require their approval. The scientific rigor was ensured by taking account the criteria of construct validity, credibility, reliability, confirmability, procedural accountability and results' transferability.

Findings

Activities planning, continuous training of the personnel and the supervision of the trainees, management of the resources including the information, follow-up of the traceability of the care and establishment of the actions of improvement are the main activities of the clinical services' CUS. They contribute significantly to improve the quality of care at the CHUP-CDG. On the other hand, some activities have a little bit influence in terms of adding significant value. These activities include the development and implementation of protocols, procedures and tasks' descriptions; the check of the implementation of technical activities regarding to standards, methods and requirements; the evaluation of professional skills and practices. We also noticed that the CUS would contribute significantly to improve the care quality at the CHUP-CDG through his multitude attributes of leadership in decision-making, mobilization and motivation of care teams. On the other hand, his leadership in the organizational culture building in the care unit has a little effect on the care quality improvement at the CHUP-CDG.

Conclusion

The study provides a better understanding of CUS's influence in the care quality improvement at the Charles de Gaulle Pediatric Teaching Hospital. For sure, the CUS holds a special place in the care unit. Consequently, success of any improvement in the care quality depends on his involvement, his commitment and the mobilization and the participation level of his health care team.

Keywords

Hospital, Pediatric, Care Unit Supervisor, Influence, Care quality improvement, Leadership.

INTRODUCTION

La qualité des soins est devenue de plus en plus une exigence dans les établissements de santé dans le monde. L'intérêt porté à la qualité des soins et des services de santé dérive dans une large mesure des enjeux économiques, professionnels, sociologiques et politiques auxquels sont confrontés les systèmes de santé des sociétés postmodernes (Haddad, Roberge, & Pineault, 1997). Cet intérêt ne cesse de croître pour les professionnels, les pouvoirs publics, les compagnies d'assurance ou les patients (Garnerin et al., 2001). La qualité des soins et des services de santé constitue également « une réelle préoccupation des scientifiques et des politiciens » (Jacquerye, Douchamps, Monaco, Thayse, & Wolfs, 2004, p. 1).

L'organisation des structures de soins de santé au Burkina Faso est de type pyramidal à l'instar de celle de nombreux autres pays en développement. Elle comporte trois niveaux :

- le 1^{er} niveau comprend le Centre de Santé et de Promotion Sociale, le Centre Médical et l'Hôpital de District ;
- le 2^e niveau est constitué des Centres Hospitaliers Régionaux ;
- Le 3^e niveau est constitué des Centres Hospitaliers Universitaires, sommet de la référence nationale. Ils ont un triple rôle de recherche, de formation universitaire et de prise en charge des cas de spécialités.

Malgré les efforts sur le plan institutionnel et juridique pour rendre plus performant le secteur hospitalier, les soins offerts restent encore de faible qualité, autrement des soins qui ne répondent pas toujours aux critères de performance technique, de continuité, d'efficacité, d'efficience et d'innocuité. Selon le Ministère de la Santé (2003), cette situation s'explique par les insuffisances dans le domaine managérial au sein des hôpitaux, l'absence de normes en personnel et en équipement, l'inexistence d'un statut du personnel hospitalo-universitaire, la faiblesse des plateaux techniques et l'absence d'une culture de la qualité au niveau du personnel hospitalier.

En tant que structure de référence, l'hôpital occupe une place primordiale dans l'offre des soins grâce à l'action synergique d'une diversité de professionnels de santé dont le personnel infirmier. Parmi les soignants, les cadres supérieurs occupent une position sociale et stratégique privilégiée au sein de l'organisation hospitalière en Occident, au carrefour de tous les courants d'information, en interface avec toutes les logiques et en interaction avec le personnel chargé de l'exécution des activités de soins (Gloaguen, 2001 ; Renault, 2002). Dans le contexte hospitalier du Burkina Faso, ce rôle de leadership est porté en partie par le Surveillant¹ d'Unité de Soins (SUS).

Notre étude vise à contribuer au renforcement du leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au Centre hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle (CHUP-CDG). Son intérêt est triple : d'abord obtenir le master 2 en Sciences infirmières à l'issue des études à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE), ensuite éclairer les responsables et les managers des unités administratives et de santé du CHUP-CDG sur l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins, et enfin rédiger un article scientifique pour publication dans une revue scientifique.

Notre travail de recherche² s'articule autour des points successifs suivants :

- ❖ l'introduction,
- ❖ la problématique de recherche,
- ❖ la recension des écrits,
- ❖ le contexte de la recherche,
- ❖ l'approche méthodologique,
- ❖ les résultats de recherche,
- ❖ la discussion des résultats de recherche,
- ❖ la conclusion.

¹ Le masculin englobe le féminin par souci de concision.

² Le corps et le format du texte, la mise en page et les références respectent les normes bibliographiques APA 6th basé sur les *Normes de présentation d'un travail de recherche* de Provost, Alain, Leroux & Lussier (2010), document révisé en janvier 2015 par le service de bibliothèque de l'Université du Québec en Outaouais | campus St-Jérôme.

CHAPITRE I - LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Ce premier chapitre de notre travail de recherche traite de la définition du problème de recherche, du but de l'étude, de la question de recherche, des objectifs de recherche et enfin des propositions théoriques de recherche.

1. Définition du problème de recherche

Un peu partout dans le monde, la qualité des soins constitue une préoccupation majeure des centres de soins (Phaneuf, 2012). Elle est devenue une question de politique nationale et internationale (Rubin, Pronovost, & Diette, 2001). Dans les pays développés, la place de l'utilisateur de soins dans la société ayant évolué, celui-ci est devenu plus attentif et plus exigeant quant à la qualité des soins (Compagnon et al., 2013). Selon l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis (Citée par Ferguson, 2014, p. 82), la qualité des soins est la « capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Elle repose en grande partie sur un personnel infirmier motivé, judicieusement déployé et qui exerce dans des conditions qui permettent d'optimiser leur expérience de travail (Filion-Côté, 2014).

Au Burkina Faso, les soins offerts sont de faible qualité et « ne répondent pas aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations » (Ministère de la Santé, 2003, p. 27). Cela entraîne le plus souvent une mauvaise perception des usagers à l'égard des établissements de santé. Comme le soulignent Jacquerye et al. (1999) (Cités par Phaneuf, 2012, p. 1), « la qualité est le facteur qui contribue le plus à donner confiance à la population », mais aussi celui qui donne sens à nos systèmes de soins (Phaneuf, 2012). C'est pourquoi au Burkina Faso, « l'amélioration de la qualité des services et des soins dispensés dans les

formations sanitaires a été et demeure toujours une préoccupation nationale. Cette préoccupation est d'autant plus justifiée eu égard aux nombreuses récriminations des usagers de nos formations sanitaires » (Ministère de la Santé, & JICA, 2016, p. 7). Des dysfonctionnements dans les unités de soins hospitaliers, souvent la conséquence d'une insuffisance de soutien administratif, institutionnel et logistique de la direction, des gestionnaires et des supérieurs hiérarchiques influent sur la qualité des soins.

De par son statut professionnel de cadre de santé et grâce à la position stratégique qu'il occupe dans l'organisation hospitalière, le Surveillant d'Unité de Soins est un acteur clé pour assurer la qualité des soins (Karna, 2012). En effet, la fonction cadre de santé est au carrefour de tous les processus qui concourent à la qualité des soins (Peyré, 2006). Un leadership clinique et managérial efficace pourrait être une source de satisfaction pour la patientèle et les usagers, de motivation et de responsabilisation pour les prestataires et les équipes de soins, d'excellence et de prestige pour la structure hospitalière. En effet, le leadership est un type d'influence interpersonnelle par laquelle un individu amène un autre ou un groupe d'individus à s'acquitter de la tâche qu'il veut voir menée à bien (Schermerhorn, Hunt, Osborn, & Billy, 2002). Selon Yukl (1994) (Cité par Rogard, 2004, pp. 452–453).

le leadership est un processus d'influence qui affecte la perception des événements par ceux qui suivent un leader, le choix des objectifs pour le groupe [...], l'organisation adoptée pour atteindre les objectifs, le maintien de relations de coopération au sein de l'équipe de travail et l'engagement des personnes extérieures au groupe [...] pour les soutenir et coopérer.

La caractéristique processuelle et relationnelle du leadership est privilégiée. En revanche, pour Vinot (2008, p. 221), le leadership « désigne la capacité à mener des personnes ou des organisations vers l'atteinte d'objectifs. Le *leadership* est classiquement attribué à une personne ou un groupe dans son aptitude à convaincre, motiver, inspirer, influencer son entourage ».

Bien qu'il existe une abondante littérature scientifique aussi bien sur la qualité des soins hospitaliers que sur le leadership, l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers demeure toutefois, peu documenté (Coulon, 2011). Cependant, le SUS est un cadre de santé qui contribue de manière importante à l'organisation de la prise en charge des patients de l'unité de soins et à la performance de celle-ci (ibid.). D'où l'idée de conduire une étude au CHUP-CDG afin de mieux documenter la thématique. Le choix de ce centre hospitalier se justifie par la formation sur la stratégie « 5S-Kaizen-TQM », une démarche qualité dont l'ensemble du personnel administratif et soignant a bénéficié en 2016. C'est une approche holistique et participative d'amélioration de la qualité des soins. Sa mise en œuvre qui inculque aux agents de santé le désir de faire des améliorations et les habilite à cet égard requiert de façon manifeste un leadership managérial. En effet, « le leadership est déterminant pour mettre en œuvre cette stratégie car elle exige un changement dans la façon dont les prestataires et les gestionnaires travaillent » (Ministère de la Santé, & JICA, 2016, p. 25).

Les conclusions de notre recherche pourraient servir aux responsables et aux managers des unités administratives et de santé du CHUP-CDG, aux professionnels de santé, aux chercheurs, aux étudiants et aux usagers de l'établissement de santé, soucieux de l'amélioration de la qualité des soins.

2. Question de recherche

Comment le Surveillant d'Unité de Soins influence-t-il la qualité des soins au CHUP-CDG ?

3. Objectifs de recherche

3.1. L'objectif général de recherche

Comprendre l'influence du Surveillant d'Unité de Soins dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG.

3.2. Les objectifs spécifiques de recherche

- Décrire comment le SUS perçoit ses rôles dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG ;
- Analyser comment le leadership du SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG.

4. Propositions théoriques de recherche

4.1. La première proposition théorique

Le rôle joué par le SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG.

4.2. La deuxième proposition théorique

Le leadership du SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG.

CHAPITRE II - LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre de notre travail de recherche se veut une recension de ce que la littérature scientifique apporte à la compréhension de notre thème de recherche. Il traite successivement des approches conceptuelles de la qualité des soins, des rôles du SUS dans le management de l'unité de soins, et enfin de l'organisation hospitalière et de la gouvernance clinique.

1. Approches conceptuelles de la qualité des soins

Dans cette section du deuxième chapitre, nous abordons successivement les caractéristiques des soins, la qualité des soins et la démarche qualité.

1.1. Les caractéristiques des soins

1.1.1. La notion de soin

La notion de soin ne concerne plus seulement les maladies et les pathologies (Clemens-Carpiaux, 2005). Le dictionnaire de soins infirmiers (2005) (Cité par Coudray, 2008, p. 49) définit le « soin » comme une « action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou pour soigner autrui ». Selon le même dictionnaire, « soigner » signifie « agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé ». Selon Hesbeen (1999, p. 8), « prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé ». L'auteur indique également que le « prendre soin » est « une conception pluriprofessionnelle de la pratique soignante issue de l'expérience et du questionnement » (Hesbeen, 1999, p. 14).

1.1.2. Les caractéristiques des soins de santé

Les caractéristiques des soins de santé nécessaires pour établir une relation humaine de qualité avec le patient seraient la continuité, l'intégration et la globalité. En matière de prestation de soins de santé aux usagers, l'organisation hospitalière doit permettre d'assurer convenablement des soins de santé continus, intégrés et globaux. Dès lors, les soins de santé devraient donc être continus, c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas se limiter au seul moment de la consultation. Cela supposerait une prise en charge de l'individu jusqu'à la fin de l'épisode de la maladie, c'est-à-dire jusqu'au rétablissement complet du malade ou la disparition du risque qui a justifié la surveillance. Aussi, la non-continuité empêcherait le soignant de connaître le résultat de ses activités, donc elle empêcherait l'évaluation nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins. Selon Schaller et Gaspoz (2008, p. 2036),

la *continuité* des soins est l'un des éléments clés de la qualité des services. La *continuité* désigne la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle. La *fragmentation* des services de santé ainsi que le manque de *coordination* entre professionnels entraînent une rupture de ce continuum des soins.

Selon Hubinon (2004, p. 179), « le concept de soins intégraux est utilisé comme mode d'attribution des soins infirmiers qui assure continuité, coordination et soins individualisés au sein de l'unité de soins ». Les soins de santé intégrés signifient que tous les types de soins (promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs) devraient se faire par un ensemble de personnels de santé travaillant en étroite collaboration. Ainsi, chaque membre de l'équipe devrait intégrer dans son comportement, la responsabilité des types de soins en fonction des besoins du patient. La globalité des soins de santé signifie que l'individu doit être pris dans sa totalité, de façon holistique et qu'on tienne compte tant des préoccupations individuelles (psychologiques) que des réalités communautaires (socio-

culturelles). Il ne suffirait donc pas de guérir un corps malade, mais il faudrait aussi tenir compte de ce qui l'entoure, autrement dit, de son environnement.

Une relation peut être établie entre ces trois caractéristiques des soins :

L'intégration des soins consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque personne souffrante. Elle vise à assurer la continuité et la globalité des soins, autrement dit, à s'assurer que les services fournis par les différents professionnels, dans différents lieux ou organisations, s'articulent dans le temps avec les besoins spécifiques de chaque personne souffrante compte tenu des connaissances disponibles (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001, p. 45).

1.2. La qualité des soins

La notion de qualité des soins est définie de manière variable par les auteurs. Toutes ces définitions intègrent la manière dont les soignants et les structures de santé répondent aux besoins de l'individu et de la population afin de garantir leur bien-être, dans la mesure du possible (Ferguson, 2014). La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prend en compte les professionnels de la santé, l'assurance maladie et le patient, et met celui-ci au cœur de la qualité (Thoumy, 2013). Une démarche de qualité des soins

doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (OMS, 1982, citée par Hurlimann, 2001, p. 24).

Selon Donabedian (1980) (Cité par Hurlimann, 2001, p. 24), « les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins ». Quant à l'Institute of Medicine (IOM, 1990) (Cité par Rusterholtz, Hachelaf, & Assez, 2014, p. 9), la qualité des soins est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Cette

définition de l'IOM capterait bien les caractéristiques de nombreuses autres définitions et aurait reçu une large acceptation dans ce domaine. L'Institute of Medicine identifie six dimensions de la qualité des soins : l'innocuité, l'efficacité, soin centré sur le patient, fourni en temps opportun, l'efficience et l'équité (Rubin et al., 2001). Selon Franco et al. (2002), l'innocuité est la mesure dans laquelle les risques de blessure, d'infection et d'autres effets secondaires dangereux sont minimisés. C'est une dimension cruciale des soins de qualité du fait de l'épidémie de VIH/SIDA. L'efficacité des soins est la mesure dans laquelle les résultats ou l'aboutissement souhaité sont atteints, tandis que l'efficience de la prestation de services a trait à l'utilisation des ressources pour produire ces services. En somme, selon l'auteur, la qualité des soins désigne la mesure dans laquelle les dimensions de la qualité sont présentes dans les soins qui sont fournis à un patient.

En envisageant la qualité des soins par trois approches, Hurlimann (2001) :

- distingue d'abord les différentes dimensions de la qualité des soins appréhendées par Donabedian, quatre niveaux concentriques depuis la relation médecin-soignant jusqu'à la qualité du système dans la population (les soins fournis par les médecins ou par les autres producteurs de soins, les installations et équipements, les soins mis en œuvre par le patient, les soins reçus par la communauté) ;
- envisage ensuite les différents points de vue selon l'observateur (patients, professionnels de santé, organismes payeurs) ;
- étudie enfin les principaux problèmes de qualité des soins rencontrés dans les structures (manque de soins (« underuse »), excès de soins (« overuse »), erreurs à l'origine de complications (« misuse »)).

En mettant en relation intime la qualité et la continuité des soins, Phaneuf (2012) soutient que les éléments essentiels à la qualité des soins peuvent être appréhendés principalement sur les plan relationnel, organisationnel et clinique. Selon l'auteure, l'aspect relationnel demeure un indicateur important de la qualité des soins auquel elle attribue la première importance parce que

la qualité technique et organisationnelle des soins ne suffit pas à recueillir la satisfaction des malades. L'aspect relationnel englobe la communication, le soutien du malade et de la famille surtout dans les situations critiques et l'enseignement au malade et à la famille. L'aspect organisationnel recouvre l'évaluation de la qualité et de la charge en soins, l'analyse des pratiques professionnelles, l'enquête de satisfaction, l'analyse des plaintes, l'utilisation des données probantes, l'accroissement de la motivation du personnel et la multidisciplinarité. Enfin, l'aspect clinique intègre les soins de la douleur, la prévention des infections nosocomiales, les itinéraires cliniques, le dossier infirmier, la préparation du congé et l'interdisciplinarité (Op. cit. 2012).

L'écoute du bénéficiaire de la prestation de soin est une composante essentielle d'un système qualité. Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, 2002), il implique de distinguer plusieurs types de qualité selon le point de vue du client et celui des professionnels :

- la qualité attendue par le client qui prend en compte ses besoins mais aussi son expérience antérieure ;
- la qualité perçue par le client c'est-à-dire celle qu'il expérimente et qui dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- la qualité voulue qui est formulée par les professionnels sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- la qualité délivrée par les professionnels qui est celle que reçoit effectivement le client lors de la prestation des soins.

1.3. La démarche qualité

Une démarche qualité est « une façon d'agir » dans le domaine de la qualité (ANAES, 2002). C'est l'ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients (HAS, 2014). C'est un processus mis en œuvre pour implanter un système qualité et s'engager dans une

démarche d'amélioration continue. L'Association Française de Normalisation (AFNOR) (Citée par El Kouhail, 2008, p. 17) la définit comme « l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer ». Elle repose sur la prise en compte des besoins, l'implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel, la réflexion collective sur les ressources nécessaires, l'adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité et la mise à disposition d'outils de mesure de la qualité (HAS, 2014).

1.3.1. Le management de la qualité

Le management de la qualité est une approche d'amélioration de la qualité basée sur un processus de gestion coordonné par la direction qui vérifie constamment que l'organisation répond aux besoins des clients. C'est l'ensemble des « activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité » (ANAES, 2002, p. 70). Selon ISO 9000 (2015b), le management de la qualité est composé de quatre parties :

- la planification de la qualité, axée sur la définition des objectifs qualité et la spécification des processus opérationnels et des ressources associées, nécessaires pour atteindre les objectifs qualité ;
- l'assurance de la qualité qui vise à donner confiance par la conformité aux exigences pour la qualité ;
- la maîtrise de la qualité, axée sur la satisfaction des exigences pour la qualité ;
- l'amélioration de la qualité, axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité.

Selon ISO 9001 (2015a), les principes du management de la qualité sont : l'orientation client, le leadership, l'implication du personnel, l'approche processus, l'amélioration, la prise de décision fondée sur des preuves et le management des relations avec les parties intéressées. Un système de

management de la qualité est l'ensemble des dispositions humaines, techniques et organisationnelles qui permettent d'établir et mettre en œuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche au sein de l'organisme (ANAES, 2002). Le système de management de la qualité fournit un cadre pour la planification, l'exécution, la surveillance et l'amélioration des performances des activités de management de la qualité (ISO, 2015b).

1.3.2. L'amélioration continue de la qualité

Pour se saisir de la réalité à améliorer, il est très souvent fait référence dans les guides qualité à la roue de Deming (Figure 1) qui est la méthode de base de l'amélioration continue de la qualité. Ce modèle proposé par Deming (1951) s'appuie sur le principe de la roue de Deming, aussi appelée roue de la qualité ou cycle de Shewart ou cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act). Ce principe consiste à planifier les actions à réaliser, à réaliser ce qui est planifié, à vérifier que le résultat obtenu correspond aux actions planifiées et à identifier les écarts pour proposer des actions d'amélioration, qu'il est stable, et à recommencer. Il s'agit d'une roue, représentant les quatre étapes du cycle de la qualité, déposée sur une pente, qui traduit les efforts d'amélioration de la qualité obtenue par la répétition de ces cycles dans une démarche *continue* d'amélioration. Elle symbolise donc la continuité de l'action et la permanence de l'effort (Gardette, 2010).

Avec le principe d'amélioration continue de la qualité, l'objectif de progrès est rendu permanent avec une vision de l'avenir (Guénot, 2005). Selon ISO (2015a), le cycle PDCA ou roue de la qualité peut s'appliquer à tous les processus et au système de management de la qualité dans son ensemble.

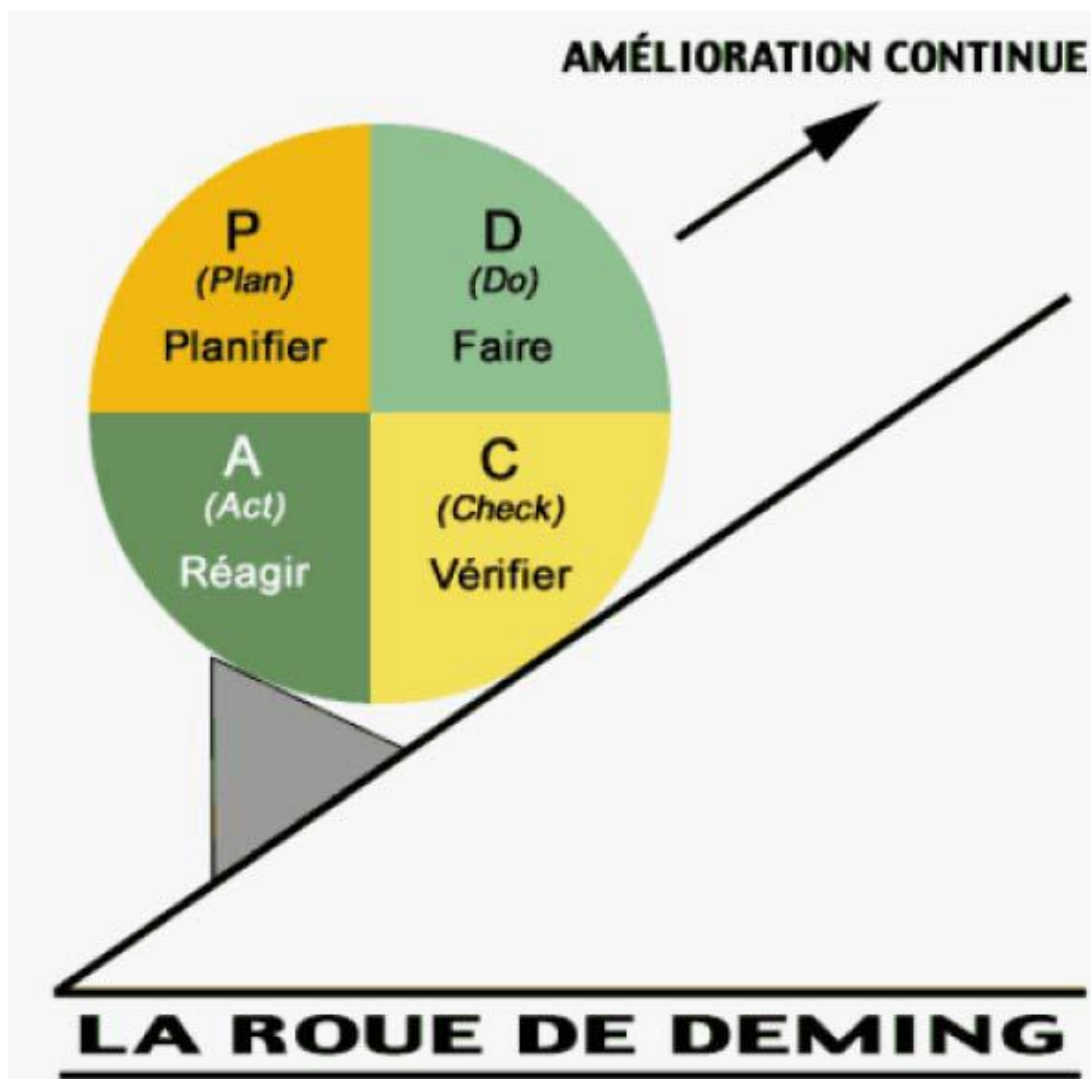


Figure 1 : Roue de Deming ou cycle PDCA [Source : Gardette (2010, p. 7)].

Les étapes du cycle PDCA peuvent être décrites succinctement comme suit :

- **Planifier** : établir les objectifs du système, ses processus ainsi que les ressources nécessaires pour fournir des résultats correspondant aux exigences des clients et aux politiques de l'organisme, et identifier et traiter les risques et opportunités ;
- **Réaliser** : mettre en œuvre ce qui a été planifié ;
- **Vérifier** : surveiller et (le cas échéant) mesurer les processus et les produits et services obtenus par rapport aux politiques, objectifs, exigences et activités planifiées, et rendre compte des résultats ;
- **Agir** : entreprendre les actions pour améliorer les performances, en tant que de besoin (ISO, 2015a, p. ix).

Pour la Haute Autorité de Santé (2010) (Citée par Gardette, 2010), lorsque la roue de Deming (cycle PDCA) est appliquée plus spécifiquement au domaine de la santé, elle peut se décrire schématiquement comme suit (Figure 2) :

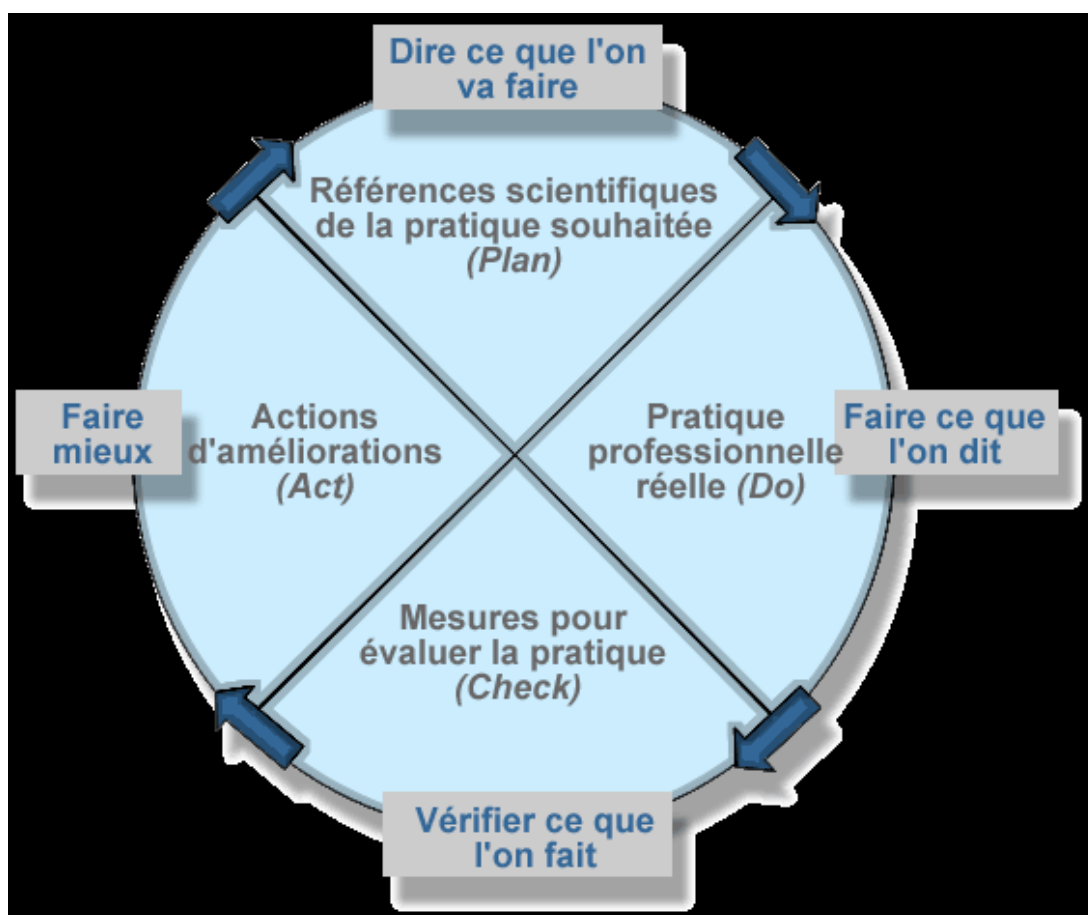


Figure 2 : Roue de Deming appliquée au domaine de la santé. « Plan – Do – Check – Act », William Edwards Deming, États-Unis. [Source : Gardette (2010, p. 7)].

Dans le domaine des soins infirmiers, « l'Amélioration Continue de la Qualité comprend un ensemble de philosophies et de méthodes adoptées par l'institution pour assurer une amélioration continue de l'ensemble de ses activités » (Jacquerye et Thayse, 1997, cités par Hubinon, 2004, p. 57).

2. Rôles du Surveillant d'Unité de Soins dans la gestion de l'unité

Selon le Ministère de la Santé du Burkina Faso, le SUS est un infirmier diplômé d'État, une sage-femme d'État, un cadre infirmier ou sage-femme, nommé par le Directeur Général de l'établissement hospitalier. Il 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. L'unité de soins est une composante de l'établissement hospitalier. C'est la structure élémentaire de prise en charge des patients par une équipe soignante (Sawadogo, 2005). Cette section du deuxième chapitre aborde les rôles du SUS dans la gestion globale de l'unité, la prise en charge de qualité du patient, la réalisation d'une communication efficace, les rôles d'interface avec l'environnement de l'unité, de formateur et de personne ressource, dans la gestion du matériel et de l'équipement, et la construction de la culture organisationnelle de l'unité.

2.1. La gestion globale de l'unité de soins

Selon Hubinon (2004), une gestion adéquate de l'unité de soins exige l'acquisition d'une base scientifique de connaissances issues des sciences de l'organisation, de la gestion et de la politique des soins infirmiers. En sa qualité de SUS et de leader de l'équipe soignante, planifier, organiser, diriger et contrôler les ressources humaines et matérielles en vue d'atteindre les objectifs de l'organisation avec une efficacité optimale est son véritable rôle de gestionnaire d'unité de soins. Le SUS doit créer un climat de travail constructif et productif. Plusieurs éléments appartenant à son leadership doivent donc être exploités : la concertation régulière de l'équipe dans les prises de décisions, l'écoute active des membres de l'équipe et la réceptivité à leurs attentes, la reconnaissance du travail bien fait, la définition claire des tâches de chaque membre, la promotion de l'esprit d'équipe, la loyauté et l'ouverture d'esprit envers le personnel de l'unité de soins (Hubinon, 2004).

2.2. La promotion d'une prise en charge de qualité du patient

Selon Montésinos (1991) (Cité par Sawadogo, 2005, p. 25), « 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 les soins infirmiers qui relèvent du rôle propre de l'infirmier d'une part et les soins délégués par le personnel médical et autres catégories professionnelles d'autre part (Sawadogo, 2005).

Selon Hubinon (2004), le SUS joue un rôle important dans la dispensation des soins infirmiers. Quel que soit le stade de prise en charge du patient, l'accueil, l'administration, l'information, la présence d'un personnel compétent au chevet du patient, la continuité des soins, la tenue du dossier infirmier, l'accompagnement du patient et de sa famille sont des éléments indispensables à la qualité du service rendu au patient. Le SUS doit favoriser la continuité des soins par une répartition adéquate des patients entre les effectifs du personnel disponible, en fonction des qualifications et des compétences de chaque soignant. Il joue donc un rôle de facilitateur dans la qualité d'une continuité cohérente dans les décisions et interventions de soins offerts par l'équipe de soins et les autres professionnels de la santé. Auprès de l'équipe de soins de son unité, de l'équipe multidisciplinaire et de l'équipe administrative de l'hôpital, il est une personne ressource, autrement, une personne de "référence" qui par sa compétence est capable de comprendre efficacement les techniques nécessaires à une dispensation de qualité des soins et à apporter des solutions de prévention en cas d'une gestion inappropriée de situations de soins (Hubinon, 2004, p. 181).

En somme, selon l'auteure, le SUS a une responsabilité non seulement vis-à-vis des patients mais aussi vis-à-vis de l'équipe soignante qu'il encadre. Désormais, son rôle de formateur et son rôle pédagogique appartiennent à la fonction du management de l'unité de soins dans la structure hospitalière.

2.3. La réalisation d'une communication au sein et en dehors de l'unité

Selon Hubinon (2004), le SUS remplit une fonction d'interface unique qui assure aussi bien la coordination entre les départements administratif médical et infirmier qu'avec l'extérieur grâce à ses relations avec les patients et leurs familles. Le rôle d'information auprès de ces derniers, dans le cadre d'une prise en charge des besoins et des attentes du patient, met en exergue l'importance des enjeux d'une communication et d'une écoute de la part du SUS. Dans un projet d'amélioration de l'organisation des soins, la communication basée sur l'engagement de tous les partenaires de l'unité est essentielle, ce qui sous-entend que l'animation et l'écoute active de l'équipe de soins doit appartenir aux buts stratégiques poursuivis par le manager de l'unité de soins. Le SUS doit donc planifier et organiser des concertations entre les équipes interdisciplinaires. L'interaction entre les membres de l'équipe de soins lors des réunions favorise une meilleure coordination du travail grâce à l'approche de solutions aux problèmes organisationnels. Selon l'auteure, la communication à l'intérieur d'une équipe est essentielle à la dynamique des groupes parce qu'elle assure la circulation de l'information et augmente la cohésion du groupe. Elle sous-entend la création de mécanismes pour soutenir la coordination, la concertation et la négociation afin de minimiser l'incertitude des prévisions, faciliter une organisation centrée sur une prestation de qualité de soins aux patients et créer un milieu favorable à la qualité de vie au travail. Dans cette optique, le SUS devient « le pivot central de la communication et de la négociation interdisciplinaire » (Hubinon, 2004, p. 185).

2.4. Le rôle d'interface avec l'environnement de l'unité de soins

Selon Demarest et al. (1993) (Cités par Hubinon, 2004, p. 187), le rôle d'interfaces (coordination avec les autres services, relais d'information, etc.) confère au SUS :

une place centrale dans la hiérarchie infirmière car elle apparaît, en étant le premier échelon du cadre infirmier et par son contact quotidien avec le staff infirmier, comme l'élément devant concrétiser les objectifs définis en amont par la direction du département infirmier. Alors que, en aval, elle assure l'organisation et la répartition du travail dans des équipes fonctionnant en continu, composées de personnes de qualifications différentes.

Hubinon (2004) explique que le SUS est un interlocuteur capable de collaborer avec tous les autres partenaires de l'hôpital y compris avec les partenaires de l'enseignement et les étudiants. Il doit garder à l'esprit que la relation unité de soins-environnement implique une régulation permanente entre le maintien d'un état d'équilibre du système-unité de soins et les interférences de l'environnement. Afin d'optimiser les activités de soins avec les autres services et partenaires de l'hôpital, le SUS doit intégrer son action parmi des structures de coordination efficaces. Du fait que les activités médicales conditionnent en partie l'activité infirmière et les priorités de soins à établir dans l'unité, le SUS doit assurer une maîtrise constante de la coordination des activités de soins infirmiers, d'où la nécessité d'une concertation permanente entre lui et les médecins.

La collaboration entre SUS et médecins peut se manifester sous forme d'échanges et d'ententes mutuelles pour la prise de décisions de soins lors du staff clinique, ce qui permet de définir pour chaque partie, les impératifs de gestion de ses propres activités. Des concertations périodiques peuvent permettre de faire face aux éventuels dysfonctionnements de l'unité de soins, de clarifier les attentes et définir le rôle des uns et des autres, et d'améliorer la synergie des équipes pluridisciplinaires. La prise de décisions nécessite alors une attitude constructive de la part du SUS. La coresponsabilité au sujet de la qualité des soins médicaux et infirmiers est comprise de cette manière, d'après l'auteure. En effet, la performance de l'unité de soins est essentiellement liée à la qualité des soins, c'est-à-dire à l'efficacité de la prise en charge des patients que les médecins et les infirmiers sont capables d'assurer ensemble dans le fonctionnement de l'unité. Dans cette optique, le tandem SUS – médecin-chef de service est d'une importance primordiale dans l'efficacité des soins et l'efficacité organisationnelle (Hubinon, 2004).

2.5. Un rôle de formateur et de personne ressource pour le personnel

Considérée comme une microsociété en mutation constante, l'unité de soins élabore des programmes de formation continue interdisciplinaire afin de renforcer les connaissances et les compétences de l'équipe soignante (Hubinon, 2004). Selon l'auteure, la prestation et la continuité des soins médicaux et infirmiers, les soins relationnels avec les patients et leurs familles, le rôle propre infirmier, la prévention et la gestion des conflits, la méthode d'analyse de situations et la sécurité des soins sont le plus souvent les thèmes de formation pris en compte. L'insuffisance de compétences liées aux tâches engendre à la fois des attentes ou des insatisfactions de la part des équipes mais elle est aussi source de dysfonctionnements dans la pratique de qualité des activités de soins. Dès lors, le SUS doit être sensible aux besoins de formation de son équipe par l'observation des activités de soins, l'écoute de ses collaborateurs, le discernement dans l'inadéquation des compétences des infirmiers et du personnel soignant et des missions attendues, l'interrogation constante sur les objectifs de l'unité de soins et des nécessités du fonctionnement de l'unité.

D'après l'auteure, le plan de formation doit être élaboré en collaboration avec le directeur du département infirmier afin de préserver la cohérence d'une politique de soins. Améliorer l'efficacité des ressources au profit d'une qualité de service et préparer un terrain favorable à toute innovation visant à l'amélioration de la qualité des soins est le double enjeu de la formation. En tant qu'élément de la structure organisationnelle de l'unité de soins, la compétence du personnel est nécessaire à la qualité des soins. Dès lors, l'encadrement du nouveau personnel et des futurs professionnels de santé constitue une préoccupation majeure du SUS qui

devient une personne responsable dans la motivation à la formation et au développement de son équipe et insuffle un esprit de créativité par la recherche de solutions les plus performantes ou encore suscite des projets de recherche en soins infirmiers (Hubinon, 2004, p. 191).

2.6. La gestion du matériel et de l'équipement

Une qualité de la gestion du matériel et de l'équipement³ fait référence aux conditions sous-jacentes à une prestation de qualité des soins du patient, qui appartiennent aux facteurs organisationnels de l'unité de soins. Ce capital ressource non conforme aux besoins du patient est susceptible d'avoir des implications redoutables dans la démarche thérapeutique (Hubinon, 2004). Selon l'auteure, la mise en œuvre du processus des soins infirmiers nécessite du matériel et un équipement adéquat, fonctionnel, en quantité suffisante pour aboutir à des soins de qualité. Le SUS doit veiller à une gestion efficace et efficiente des ressources matérielles à travers l'utilisation rationnelle du matériel de soins, la vitesse de rotation du matériel, l'amélioration de la production des soins par la disponibilité d'un matériel efficace, la satisfaction du personnel par l'utilisation d'un matériel adéquat et fonctionnel, l'amélioration des conditions de travail du personnel au sein de l'unité par l'octroi d'un équipement répondant à des qualités d'ergonomie⁴. Il doit aussi veiller à la maintenance préventive et curative de l'équipement.

2.7. Un agent intervenant dans la construction de la culture de l'unité

2.7.1. Le concept de culture

En tant que macrosystème, l'organisation hospitalière est caractérisée en partie par un maillage de relations humaines, un système de comportements des individus en interaction, un réseau de valeurs fondamentales (Hubinon,

³ À la fois l'appareillage médicale nécessaire au traitement du patient et le matériel de literie.

⁴ L'ergonomie :
est la discipline scientifique qui vise la compréhension fondamentale des interactions entre les êtres humains et les autres composantes d'un système, et la mise en œuvre dans la conception de théories, de principes, de méthodes et de données pertinentes afin d'améliorer le bien-être des hommes et l'efficacité globale des systèmes. Les ergonomes contribuent à la conception et à l'évaluation des tâches, du travail, des produits, des environnements et des systèmes en vue de les rendre compatibles avec les besoins, les compétences et les limites des personnes (International Ergonomics Association, 2011, citée par Brangier & Robert, 2012, p. 3).

2004). Un système peut se définir comme « un complexe d'éléments en interaction » (Bertalanffy, cité par Javeau, 2005, p. 123) ou « un ensemble interdépendant » (Crozier, 1987, cité par Brousselle & Champagne, 2005, p. 22). Selon Hubinon (2004), l'organisation hospitalière engendre une culture propre qui prend appui sur l'avoir et le paraître constitutifs des individus et crée une dimension sociale de la réalisation collective du travail. En qualité de microsystème, l'unité de soins assure la cohésion et la permanence du groupe social à l'aide de principes et de règles établies. Dans le but de réaliser les objectifs de l'organisation, la culture peut être un facteur de mobilisation des effectifs. D'un point de vue sociologique, la culture est :

un ensemble lié de manière de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte (Rocher, 1968a, p. 111).

Cette définition qui reste sans doute l'une des plus pertinentes pour le sociologue (Ferreol, 2004) ne diffère pas fondamentalement de celle de l'anthropologue Linton (Cité par Hubinon, 2004, p. 196) qui retient que la culture est « la configuration des formes acquises du comportement humain et des résultats de l'activité humaine dont les éléments sont transmis et partagés par les membres d'une société particulière ». Dans le cadre des organisations, Mintzberg (2004, p. 185) l'appelle « *l'idéologie* ». Selon l'auteur, elle « se nourrit des traditions et des croyances d'une organisation et c'est ce qui la distingue d'une autre et c'est ce qui insuffle une certaine existence à travers le squelette de sa structure » (Mintzberg, 2004, p. 185).

2.7.2. La culture organisationnelle de l'hôpital

La culture organisationnelle est l'ensemble des attitudes, des valeurs et croyances communes qu'acquière les membres d'une organisation et qui guident leur comportement. C'est la façon unique de faire, de se comporter, propre à une organisation et qui la distingue des autres organisations, comme la personnalité d'un individu (Schermerhorn et al., 2002).

Selon Hubinon (2004), la culture a pour rôle de produire un guide de comportements aux membres de l'organisation. Elle véhicule un ensemble de règles, procédures, valeurs, connaissances et croyances implicites et explicites. La culture organisationnelle de l'hôpital comprend les croyances de la direction et celles des unités de soins. Elle se porte bien lorsqu'il y a harmonie entre elles. Une institution hospitalière qui favorise la dispensation des soins de qualité aux patients développe une culture correspondante chez son personnel. Selon Schermerhorn et al. (2002), la finalité de la culture organisationnelle est l'atteinte d'un niveau de performance dont les résultats satisfont non plus les seuls dirigeants ou les actionnaires, mais tous les partenaires de l'organisation : les actionnaires, la clientèle et les employés.

Partant de l'approche systémique, la culture organisationnelle de l'unité de soins est un sous-système de l'hôpital et chaque individu est un sous-système de l'organisation de l'unité de soins. Chaque unité a sa propre culture (Hubinon, 2004). Selon l'auteure, il doit nécessairement exister une cohérence entre les valeurs du sous-système unité de soins et celles véhiculées par le système-hôpital. Afin d'éviter les incohérences et une non adhésion au management, le sous-système doit s'intégrer dans le système. Avec ses valeurs, ses croyances, ses habitudes, ses connaissances, ses compétences, un individu doit nécessairement posséder des méthodes de travail assimilables par l'organisation. Enfin, le SUS incarne et transmet une cohérence culturelle. Il doit exprimer des propos adéquats, inscrire dans ses actes et ses comportements le respect d'une culture organisationnelle. C'est au quotidien qu'il construit cette culture, en encourageant les membres de son équipe à développer leur besoin d'affiliation à l'unité de soins et à poursuivre leur développement personnel afin de pouvoir améliorer leur performance au travail. Comme guide de la pratique infirmière, le SUS doit utiliser la pensée infirmière pour favoriser une culture organisationnelle centrée sur le soin de la personne (Hubinon, 2004). Cette pensée infirmière se nourrit des différentes théories des soins infirmiers telles que celles proposées par Nightingale (1859), Henderson (1969) et Watson (1979).

Le SUS est un gestionnaire d'unité de soins. A ce titre, les rôles qu'il assume pourraient être répartis comme suit : les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information et les rôles décisionnels (Mintzberg, 2004). En effet, dans sa description des rôles du gestionnaire, l'auteur définit et explicite comme suit :

- les rôles interpersonnels en termes de *figure de proue* (le symbole qu'incarne le manager), de *leader* (le manager est responsable du travail des employés de l'organisation, certaines de ses activités impliquant directement son leadership) et d'*agent de liaison* (le manager passe beaucoup plus de temps à construire un réseau autour de lui en vue de la recherche d'informations) ;
- les rôles liés à l'information en termes d'*observateur actif* (le manager est constamment en train de scruter son environnement à la recherche d'informations) ; de *diffuseur des informations* (le manager donne quelques-unes de ses informations privilégiées directement à ses collaborateurs, fait circuler l'information entre ses collaborateurs lorsque ceux-ci n'ont pas de contacts faciles entre eux) ; de *porte-parole* des membres de son équipe (le manager communique des informations propres à son organisation à l'extérieur de celle-ci, il informe et satisfait les demandes des personnes influentes qui contrôlent l'organisation) ;
- les rôles décisionnels en termes d'*entrepreneur* (le manager cherche à améliorer l'organisation dont il a la charge, à l'adapter aux types de changement dans les conditions de son environnement) ; de *régulateur* (le manager répond involontairement aux pressions telles que les menaces de grève, les conflits de travail et il consacre une bonne partie de son temps à répondre à des perturbations contraignantes) ; de *répartiteur des ressources* (le manager est responsable de ce qui doit être attribué, et à qui dans l'organisation, il autorise les décisions importantes avant qu'elles ne soient mises en œuvre) et de *négociateur* (le manager consacre une partie considérable de son temps aux négociations et il dispose de l'autorité pour engager les ressources).

3. Organisation hospitalière et gouvernance clinique

Cette section du deuxième chapitre de notre travail de recherche aborde successivement les mécanismes de coordination de la structure organisationnelle, l'organisation hospitalière et la gouvernance clinique.

3.1. Les mécanismes de coordination de la structure organisationnelle

La structure d'une organisation peut être définie comme « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour [...] assurer la coordination nécessaire entre ces tâches » (Mintzberg, 2004, p. 188). Un certain nombre de mécanismes permettent aux organisations d'assurer la coordination de leur travail. Il s'agit notamment de :

- *l'ajustement mutuel* où la coordination du travail se fait par le recours à un processus informel de communication entre les acteurs ;
- *la supervision directe* où la coordination du travail se fait par le biais d'une seule personne qui donne des consignes et des instructions à d'autres personnes qui travaillent en interrelations ;
- *la standardisation des procédés de travail* où la coordination du travail est assurée par spécification des procédés de travail de ceux qui doivent réaliser des tâches interdépendantes ;
- *la standardisation des résultats ou des outputs*, où la coordination est faite par spécification des résultats des différents types de travail ;
- *la standardisation des qualifications (et du savoir)* où la coordination des différents types de travail est assurée indirectement par la formation spécifique requise de la personne qui exécute le travail ;
- *la standardisation des normes* où les normes qui dictent le travail sont contrôlées et établies par l'organisation dans sa globalité, de sorte que chaque membre travaille à partir d'un même ensemble de données ou de croyances (Livian, 2004 ; Mintzberg, 2004).

Selon Mintzberg (2004, p. 190), « ces mécanismes de coordination peuvent être considérés comme les éléments les plus fondamentaux de la structure, le ciment qui tient toutes les pierres de la bâtisse de l'organisation ». Quelle que soit la forme de standardisation retenue, l'ajustement mutuel et la supervision directe sont presque toujours les plus importants, selon l'auteur.

3.2. L'organisation hospitalière

Dans cette partie de la section, nous abordons successivement les caractéristiques de l'organisation professionnelle, la structure managériale de l'hôpital et enfin la structure de l'organisation hospitalière.

3.2.1. Les caractéristiques de l'organisation professionnelle

Pour coordonner ses activités, l'organisation professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications faite principalement à travers la formation. Des professionnels sont recrutés et une grande latitude leur est laissée dans le contrôle de leur propre travail (Mintzberg, 2004). Selon Mintzberg (2004, pp. 311–312), l'organisation professionnelle est configurée comme suit :

Structure :

- Bureaucratique bien que décentralisée, dépendante de la formation de standards de qualification de bon nombre de ses opérateurs professionnels.
- Clef de fonctionnement : création de systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels peuvent travailler de façon autonome, en étant sujets au contrôle de la profession.
- Technostructure et ligne hiérarchique d'un niveau moyen minimum, ce qui signifie un champ de contrôle particulièrement large sur le travail professionnel, support logistique important [...] pour apporter un soutien aux professionnels.

Contexte :

- Complexe et cependant stable,
- Système technique stable,
- Bien souvent mais pas nécessairement, secteur des services.

Stratégies

- Plusieurs stratégies largement fragmentées, mais obligation, également d'une certaine cohésion.
- La plupart sont adoptées par un jugement professionnel et un choix collectif (collégialité et politique), certaines par une autorisation administrative.
- La stratégie d'ensemble est très stable mais, en détail, elle se révèle continuellement changeante.

Problèmes

- Avantages de démocratie et d'autonomie mais,
- Problèmes de coordination entre les différents classements, de mauvais emploi des disponibilités professionnelles, de répugnance à innover.
- Réponses publiques à ces problèmes, souvent dysfonctionnelles [...].
- La syndicalisation exacerbe ces problèmes.

3.2.2. La structure managériale de l'hôpital

Le management est « la manière de conduire, diriger, structurer et développer une organisation. Il touche tous les aspects organisationnel et décisionnel qui sous-tendent le fonctionnement de cette dernière » (Thiétart & al., 2014, p. 1). Les caractéristiques essentielles de l'entreprise appliquée à l'hôpital révèlent des similitudes capitales et font ressortir des éléments propres à ce type d'organisation (Hubinon, 2004). Sur la base de la théorie de Fayol (1900) qui décrit l'organisation dans son sens actif d'action organisatrice et non le sens passif d'institution, Hubinon (2004) retient que l'hôpital est d'abord une entreprise de service de soins aux patients et possède des « clients » appelés patients. Une fonction commerciale s'exerce et se renforce vis-à-vis d'eux à savoir l'analyse des besoins des clients, souci de satisfaction de la patientèle. Selon Hubinon (2004), quel que soit le statut privé, public, l'hôpital exerce une fonction publique qui fournit à la population l'accès aux soins de santé grâce au système d'assurance maladie. La politique générale (gestionnaire et conseil médical), la gestion journalière (direction) et l'exécution (chefs de département médical et infirmier) sont les dimensions à travers lesquelles tout manager exerce ses diverses fonctions.

3.2.3. La structure de l'organisation hospitalière

L'hôpital est une structure complexe en raison de la présence en son sein d'une multitude de groupes professionnels (médecins, infirmiers, paramédicaux, collaborateurs administratifs, personnel technique, etc.) et de statuts divers (fonctionnaires statutairement nommés, salariés contractuels, indépendants, etc.) (Crommelynck, Degraeve, & Lefèbvre, 2013). De nos jours, la configuration de l'hospitalisation subit une profonde mutation inhérente aux facteurs économiques et sociaux (Hubinon, 2004). A ce sujet, des éclairages nous sont apportés grâce à une description de la vision systémique de l'hôpital :

L'hôpital, enjeu de renouveau technologique, orienté vers une meilleure efficience interne et vers une plus grande souplesse de coordination extérieure, lieu d'intensification de tâches de gestion, d'administration, de comptabilité, d'hôtellerie, de cuisine, d'entretien et d'informatique, devant alors s'analyser dans sa forme organisationnelle complète où l'unité de base serait l'unité de soins, centre opérationnel où se dispensent les soins, liés en amont et en aval à un réseau complexe d'interdépendances, de liaisons fonctionnelles et desservi par un personnel hétérogène.

Cette vision systémique de l'hôpital en complexifie l'étude, les rapports de force, les interactions, la coalition et les contraintes entre acteurs s'y déroulant parfois en dehors de toute référence à l'objectif de soins (Herzlich et Pierret, 1991, cités par Hubinon, 2004, p. 74).

Selon Hubinon (2004), en tant que « cellule initiale » de l'organisation, l'unité de soins est le lieu par excellence de croisement de divers professionnels qui cherchent à renforcer leur identité, à délimiter leur territoire tout en recherchant une interdépendance environnementale. De par les multiples interactions, le système de l'unité de soins est complexe. Dès lors, il est important pour le leader de comprendre les réseaux d'interrelations qui fondent son organisation et veiller à une complémentarité entre les éléments qui la composent. Selon l'auteure qui se réfère à l'approche des configurations de Mintzberg (1984), la structure de l'organisation hospitalière est assimilable à la structure des organisations : l'organisation est constituée de cinq éléments de base : le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure et les fonctions de support logistique.

D'après Hubinon (2004), appliquée à l'hôpital, l'approche des configurations permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière :

- *Le centre opérationnel* est constitué de l'ensemble des unités et des services médico-techniques. Il est caractérisé par un haut niveau de spécialisation des professionnels de santé (médecins, infirmiers, paramédicaux) et assure la production de services dans son propre environnement client. Chaque unité opérationnelle possède un matériel et un équipement spécifiques selon sa mission.
- *La technostructure* assure la coordination du travail pour le rendre efficient et devient de plus en plus important lorsque l'organisation grandit et se complexifie. Elle est composée d'un réseau hiérarchisé de personnes qui agissent sur l'organisation du travail des centres opérationnels grâce à la standardisation des procédures, au choix qualitatif du matériel et à l'élaboration des normes.
- *Les unités fonctionnelles ou support logistique* sont le support direct ou indirect à la réalisation de la mission du centre opérationnel de l'organisation hospitalière. La collaboration entre les unités fonctionnelles et le centre opérationnel est essentielle.
- *La ligne hiérarchique* est constituée des médecins et des cadres infirmiers qui ont une autorité formelle et qui assurent la gestion du centre opérationnel en intégrant les principes de planification, de direction, de coordination et de contrôle des activités de production de soins et services.
- *Le sommet stratégique* veille à l'accomplissement efficace de la mission hospitalière de pilotage (ou stewardship) et se structure autour d'une direction administrative et médicale. Les représentants du sommet stratégique remplissent aussi un rôle important d'interface avec l'environnement. En effet, l'hôpital fait partie d'une société et remplit nécessairement des « fonctions sociales » correspondant aux attentes de l'environnement sociétal. Cela implique qu'elle soit en contact tant avec les groupes sociaux extérieurs qu'avec les éléments de la société.

En outre, d'après Mintzberg (2004, p. 185), « chaque organisation active est composée d'une sixième partie que nous appellerons son *idéologie* ».

3.3. La gouvernance clinique

Depuis la fin de la décennie 90, la gouvernance clinique a émergé comme un concept important pour promouvoir la qualité des soins dans le système de santé (Pomey, Denis, & Contandriopoulos, 2008). La recherche de l'efficacité et de l'excellence dans le domaine de la santé amène les organisations et les professionnels à travailler conjointement à l'amélioration des processus cliniques (Brault, Roy, & Denis, 2008).

3.3.1. Le concept de gouvernance clinique

Par gouvernance clinique, on entend la conduite, à partir d'une position d'autorité, des actions stratégiques et managériales nécessaires pour coordonner les pratiques de professionnels autonomes en situation d'interdépendance dans l'exercice de leurs responsabilités cliniques, dans le but d'assurer la qualité et la sécurité des itinéraires de soins du patient. Elle consiste à mobiliser des savoirs, du leadership, des outils, des leviers d'actions pour que dans les organisations de santé, le domaine de la clinique et le domaine organisationnel interagissent en synergie pour orienter l'organisation dans son ensemble, dans le sens d'une amélioration continue de sa performance (Contandriopoulos, 2008). Selon United Kingdom Department of Health (Cité par Brault et al., 2008, p. 168) :

La gouvernance clinique est un ensemble de moyens par lequel les organisations et les professionnels assurent la qualité des soins en rendant responsables les différents acteurs impliqués dans la création, le maintien et la surveillance de normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques.

Elle rallie l'ensemble des approches d'amélioration de la qualité des soins et des services et propose une vision intégrée et globale de la qualité en matière de santé (Halligan et Donaldson, 2001, cités par Brault et al., 2008).

3.3.2. Le leadership

Le leadership est un processus complexe. Pour Phaneuf (2013, p. 1), c'est :

État, qualité d'une personne placée dans une position dominante et qui dans un groupe ou une organisation, exerce une influence en raison de son rôle professionnel, de ses idées, de sa conduite, de sa capacité d'entraînement des autres et de son charisme. Son action permet au groupe d'atteindre ses objectif [sic] de manière efficace.

Le véritable leader est une personne qui possède des qualités particulières pour établir des contacts avec les autres, mais pour être efficace, elle doit posséder également de bonnes capacités pour observer, réfléchir, analyser les situations et en extraire les points dominants. C'est une personne capable de concilier la théorie et la pratique, d'avoir des idées originales, efficaces et de les faire valoir (Phaneuf, 2013). Selon Northouse (2004) (Cité par Cummings et al., 2010, p. 364), le leadership est « un processus par lequel un individu influe sur un groupe d'individus pour atteindre un objectif commun » [Traduction libre]. C'est un processus qui met en jeu la capacité d'influencer, de motiver et de galvaniser des individus ou des groupes d'individus vers des objectifs communs. C'est bien un processus d'influence qui est au cœur du leadership. Le leadership est donc envisagé comme un processus qui affecte les objectifs de la tâche, influence les stratégies d'un groupe ou d'une organisation et la manière dont les gens développent et atteignent leurs objectifs, agit sur l'identité et le maintien des groupes, la culture de l'organisation (Yukl et Van Fleet, 1991, cités par Rogard, 2004).

Bien qu'il existe de nombreuses descriptions de la nature complexe du leadership dans la littérature, Northouse (2013) (Cité par James, 2015) identifie quatre concepts qui jouent un rôle central : 1) le leadership est un processus ; 2) le leadership exerce une certaine forme d'influence sur les gens ; 3) le leadership survient au sein de groupes ; 4) le leadership met en jeu des objectifs communs. Selon James (2015), malgré la profusion des définitions, il faut comprendre que les dirigeants et leurs collaborateurs ont un rôle capital à jouer dans le concept de leadership. En plus d'être un

processus, le leadership peut aussi faire référence à une équipe et à un poste. Pour l'auteur, les théories du leadership les plus courantes dans la littérature sont axées sur les aspects tels que les caractéristiques, la situation, l'équipe, la transaction, la transformation, le service et l'authenticité.

- *Le leadership axé sur les caractéristiques* s'appuie sur les qualités innées, traits de personnalité et caractéristiques d'un leader efficace.
- *Le leadership situationnel* est très répandu. La capacité d'adaptation du style du leader à chaque situation est l'aspect essentiel de cette théorie.
- La théorie du *leadership d'équipe* est axée sur les équipes. Elle met en jeu le partage du pouvoir et des connaissances, ainsi qu'un effort coordonné de la part des membres de l'équipe en vue d'atteindre un objectif commun. Selon Xue et al. (2010) (Cités par James, 2015), le partage des connaissances renforce la confiance et la cohésion entre les membres de l'équipe.
- Selon la théorie du *leadership transactionnel*, les leaders exercent pouvoir et contrôle afin de susciter certains comportements de la part de leurs collaborateurs (Lai, 2011, cité par James, 2015). Elle utilise ententes, récompenses, incitatifs et punitions pour obtenir des actions.
- Les caractéristiques des *leaders transformationnels* comprennent le charisme, la considération et l'inspiration. Ce style de leadership est visionnaire, influent, proactif. Ces leaders inspirent leurs collaborateurs à dépasser leurs intérêts individuels et à viser le bien collectif.
- Le *leadership du serviteur* a plusieurs points en commun avec le leadership transformationnel. Selon Reed Vidaver-Cohen et Colwell (2011) (Cités par James, 2015), le leader-serviteur s'engage à servir ses collaborateurs et à placer les intérêts d'autrui avant les siens. Ce type de rôle de leadership est très motivé et engagé à aider autrui.
- *Le leadership authentique* est une approche qui réunit concept de soi, connaissances et autorégulation. Ce type de leader inspire confiance, encourage le développement et affiche une dimension morale explicite souvent causée par un événement de vie marquant.

CHAPITRE III – LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Ce troisième chapitre de notre travail de recherche donne un aperçu du cadre de notre étude. Il aborde successivement l'historique et la situation géographique du CHUP-CDG, son organisation administrative et technique, sa capacité d'accueil et son fonctionnement. En effet, le CHUP-CDG constitue le cadre de notre étude. En référence à son Plan d'Action 2015, le CHUP-CDG est un Établissement Public de Santé doté de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière (CHUP-CDG, 2015a).

1. Historique et situation géographique du CHUP-CDG

Cette section aborde l'historique et la situation géographique du CHUP-CDG.

1.1. L'historique du CHUP-CDG

Le CHUP-CDG est le fruit de la coopération entre le Burkina Faso et la France. Il a été créé par décret n° 99-252/PRES/PM/MS du 20 Juillet 1999. Officiellement inauguré le 30 janvier 2001, le CHUP-CDG a admis les premiers malades le 24 avril 2001 dans son enceinte (CHUP-CDG, 2015a).

1.2. La situation géographique du CHUP-CDG

Le CHUP-CDG est situé au secteur 44 dans l'arrondissement N° 10 de la commune de Ouagadougou, du côté Est de l'intersection du boulevard des Tensoba avec l'avenue Charles de Gaulle. Hôpital de référence nationale pour les soins pédiatriques, il est intégré dans le dispositif sanitaire de la région du Centre dans le district sanitaire de Bogodogo. C'est l'un des quatre centres hospitaliers de 3^{ème} niveau du Burkina Faso (CHUP-CDG, 2015a).

2. Organisation administrative et technique du CHUP-CDG

Cette section du troisième chapitre de notre travail de recherche énumère les différentes directions du CHUP-CDG d'une part, et présente les services de la direction de l'hospitalisation et de la qualité des soins d'autre part.

2.1. Les directions du CHUP-CDG

Le CHUP-CDG comprend les directions suivantes : la direction générale, la direction de l'administration et des finances, la direction des ressources humaines, la direction des services généraux, la direction de la prospective hospitalo-universitaire et de la coopération, la direction de l'hospitalisation et de la qualité des soins (DHQS), la direction du contrôle des marchés publics et des engagements financiers et l'agence comptable (CHUP-CDG, 2015a).

2.2. Les services de la DHQS

La DHQS comprend les services médico-techniques et les services cliniques. Nous nous intéressons à ces services qui constituent notre milieu d'étude.

2.2.1. Les services médico-techniques

Les services médico-techniques comprennent le service des laboratoires, le service d'imagerie médicale et le service de la pharmacie. Le service des laboratoires compte six unités techniques : Biochimie, Hématologie / Banque de sang, Bactériologie / Virologie, Parasitologie / Mycologie, Biologie moléculaire et Immunologie / Sérologie. Le service d'imagerie médicale compte trois unités techniques : Radiologie conventionnelle, Echographie et Scannographie. Le service de la pharmacie compte quatre unités techniques qui, en réalité n'ont pas une séparation formelle et effective

: Pharmacie clinique / Pharmacovigilance, Distribution / Dispensation, Approvisionnement et Préparation pharmaceutique (CHUP-CDG, 2015a).

2.2.2. Les services cliniques

Les services cliniques comprennent la Pédiatrie médicale, la Chirurgie pédiatrique et l'Anesthésie / Réanimation. Le service de Pédiatrie médicale compte huit unités de soins : les Nourrissons, les Grands enfants, les Maladies infectieuses, l'Oncologie pédiatrique, les Urgences médicales, la Pneumologie / Allergologie, la Néonatalogie et les Consultations externes. Le service de Chirurgie pédiatrique compte quatre unités de soins : les Urgences chirurgicales, le Bloc opératoire, la Chirurgie / Hospitalisation et la Rééducation fonctionnelle / Kinésithérapie. Le service d'anesthésie et de réanimation compte deux entités qui fonctionnent comme une unité de soins : l'Anesthésie et la Réanimation polyvalente (CHUP-CDG, 2015a). L'ensemble des unités de soins de ces services constitue le champ d'étude.

3. Capacité d'accueil du CHUP-CDG

Dans cette section du troisième chapitre de notre travail de recherche, nous abordons la capacité d'accueil du CHUP-CDG ainsi que la répartition des lits d'hospitalisation dans les unités de soins des services cliniques.

Structure hospitalière de cent vingt (120) lits, le CHUP-CDG comptabilise de nos jours cent vingt-sept (127) lits d'hospitalisation répartis dans sept (7) unités de soins et seize (16) lits pour les mises en observation aux Urgences (CHUP-CDG, 2016). Cette répartition des lits d'hospitalisation se présente comme suit : (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des lits d'hospitalisation par unité de soins en 2014

Unités	Nombre théorique de lits	Nombre effectif de lits
Nourrissons	30	18
Néonatalogie	-	12
Grands enfants	30	22
Oncologie pédiatrique	-	8
Maladies infectieuses	26	30
Chirurgie hospitalisation	24	27
Anesthésie/Réanimation	10	10
Total	120	127

Source : Plan d'Action 2015 du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle.

4. Fonctionnement du CHUP-CDG

Cette section du troisième chapitre de notre travail de recherche aborde successivement les missions du CHUP-CDG, les prestations de soins cliniques, la fonction du SUS et la dispensation des soins infirmiers au CHUP-CDG.

4.1. Les missions du CHUP-CDG

En référence au Plan d'Action 2015 du CHUP-CDG et conformément aux arrêtés d'application du décret N° 2004-191/PRES/PM/MFB du 29 avril 2004 portant statut général des Établissements Publics de Santé, les principales missions du CHUP-CDG sont :

- offrir des soins spécialisés aux enfants et aux adolescents de zéro à quatorze (0 à 14) ans ;
- assurer la formation des étudiants et des stagiaires de diverses disciplines (santé, gestion, sciences sociales, etc...) ;
- développer des activités de recherche dans son domaine de compétence et apporter son expertise aux sollicitations nationales et internationales (CHUP-CDG, 2015a).

4.2. Les prestations de soins cliniques au CHUP-CDG

Les prestations de soins cliniques disponibles au CHUP-CDG sont : (Tableau 2).

Tableau 2 : Prestations de soins par service au CHUP-CDG

Services	Prestations de soins
Pédiatrie médicale	la consultation médicale pédiatrique et l'hospitalisation
	la prise en charge des urgences pédiatriques
	la dispensation des soins néonataux d'urgence
	la prise en charge des enfants infectés par le VIH
	les consultations de spécialités médicales (pneumologie/allergologie, oncologie, cardiologie, drépanocytose), de puériculture/nutrition, de psychologie clinique
Chirurgie pédiatrique	la consultation chirurgicale et l'hospitalisation
	la consultation pré-anesthésique
	les interventions chirurgicales d'urgence
	les interventions chirurgicales programmées
	les consultations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation physique
Anesthésie/réanimation	les consultations pré-anesthésiques
	les anesthésies au cours des interventions chirurgicales d'urgence
	les anesthésies au cours des interventions chirurgicales programmées
	la prise en charge des patients en détresse vitale aussi bien médicale que chirurgicale

Source : Plan d'Action 2015 du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle

4.3. La fonction du Surveillant d'Unité de Soins au CHUP-CDG

Au CHUP-CDG, chaque unité de soins est gérée par un SUS. Les missions principales du SUS sont de planifier les activités de soins, d'organiser l'unité de soins et les équipes de soins et d'assurer la qualité des soins dans l'unité. Ses activités principales sont des activités de soins, des activités de gestion / organisation (personnel, clients, consommables médicaux, matériel et locaux), des activités de formation et de recherche, des activités de communication et des activités du volet social. Le SUS est responsable du fonctionnement général de l'unité de soins, et à ce titre, il est responsable du personnel soignant, des soins dispensés et du matériel, de la promotion de l'hygiène et de la sécurité dans l'unité. Au niveau hiérarchique et fonctionnel, le SUS est sous l'autorité du chef de Service des Soins Infirmiers (SSI) et sous la responsabilité du chef d'unité ou de service. Il assure le lien entre le service et l'administration, les autres services de soins et les services techniques. En termes de qualifications requises / exigences pour assurer la fonction, le SUS doit être un attaché de santé, avoir des compétences avérées en management des équipes de soins et en management des hommes, avoir une bonne connaissance de la législation sanitaire, être de bonne moralité et disponible, avoir un esprit d'équipe et d'éthique professionnelle (CHUP-CDG, 2015a).

4.4. La dispensation des soins infirmiers au CHUP-CDG

Les soins infirmiers sont dispensés par le personnel infirmier réparti dans les différents services cliniques. Compte tenu du caractère pédiatrique de l'hôpital, les soins obstétricaux n'y sont pas dispensés. L'organisation des soins infirmiers se fait à travers le planning des équipes et les staffs cliniques entre les soignants. Le staff clinique se tient chaque matin entre les soignants pour faire le point des activités de la veille et prendre les mesures qui s'imposent pour assurer la continuité des soins. La coordination des

soins infirmiers est assurée par le Service des Soins Infirmiers relevant de la Direction de l'Hospitalisation et de la Qualité des Soins. En collaboration avec le responsable du SSI, le SUS concourt également à la coordination des soins infirmiers au sein de son unité de soins (CHUP-CDG, 2015b).

D'une manière générale, les dispositifs organisationnels de promotion des soins infirmiers ne sont pas suffisamment développés au CHUP-CDG. En effet, le SSI ne dispose pas des capacités opérationnelles nécessaires à un fonctionnement optimal (ressources humaines, infrastructures, équipements, etc.) et la Commission des Soins Infirmiers n'est pas encore opérationnelle. Les outils techniques de mise en œuvre des soins infirmiers tels que les normes et les protocoles de soins, le dossier de soins, le plan de soins, le plan de formation, la recherche en soins infirmiers et les méthodes d'évaluation ne sont pas utilisés. En somme, du fait de l'absence de la pratique du diagnostic infirmier et de la prescription infirmière au CHUP-CDG, les soins infirmiers se réduisent essentiellement à l'exécution des prescriptions médicales (CHUP-CDG, 2015b).

CHAPITRE IV - L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Ce quatrième chapitre de notre travail de recherche présente l'approche méthodologique que nous avons adoptée au cours de notre investigation. Nous abordons successivement le devis de recherche, l'échantillonnage, les outils de collecte et les sources de données, les variables et les dimensions, le déroulement de l'enquête, les procédures d'analyse des données, les critères de scientificité de l'étude et enfin l'éthique de la recherche.

1. Devis de recherche

Un devis qualitatif de type étude de cas multiples, holistique, à un seul niveau d'analyse a été adopté pour mener notre étude. L'étude de cas est « une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (Roy, 2009, pp. 206–207). Cette approche de recherche « se caractérise à la fois par le *nombre restreint* de situations analysées, la *profondeur de l'analyse* et l'importance accordée à une *démarche inductive*, qui alimentera une phase de développement de théories ou de modèles » (Gauthier, 2009, p. 173).

Selon Stake (2006), l'étude de cas multiples vise essentiellement à mieux comprendre la dynamique interne de chaque cas, de même que les interactions entre les cas et leur contexte particulier. Notre démarche exploratoire vise une meilleure compréhension de l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. Dès lors, une étude qualitative de type étude de cas est justifiée. Le SUS dans son unité de soins est le cas. C'est une étude de cas multiples en ce sens qu'elle a porté sur les SUS de plusieurs unités de soins des services cliniques du CHUP-CDG.

2. Échantillonnage

2.1. La population d'étude

La population de base de l'étude est constituée de l'ensemble des SUS des services cliniques et des services médico-techniques du CHUP-CDG.

2.2. La population échantillonnée

Dans le cadre de l'étude, nous avons recouru à l'échantillonnage à choix raisonné. Nous avons sélectionné les participants selon la correspondance de leurs caractéristiques avec le but et les objectifs de l'étude. En effet :

L'échantillonnage volontaire ou l'échantillonnage par jugement repose sur la conviction que les connaissances des chercheurs sur la population peuvent être utilisées pour trier sur le volet les membres de l'échantillon. Les chercheurs peuvent décider délibérément de sélectionner des sujets jugés typiques de la population ou particulièrement bien informés sur les questions à l'étude [Traduction libre] (Polit & Beck, 2004, p. 294).

La population échantillonnée est constituée des SUS des services cliniques du CHUP-CDG. Dix (10) SUS ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Cette taille de l'échantillon pourrait évoluer au cours de l'enquête, selon le degré de saturation atteint (Savoie-Zajc, 2009). La diversification interne de l'étude a été prise en compte à travers le sexe et l'ancienneté des SUS. En effet, « le processus de saturation empirique exige que l'on ait essayé pendant la collecte des données de maximiser la *diversification interne ou intragroupe*. La diversification interne est particulièrement importante dans les recherches comportant des entrevues » (Pires, 1997, p. 68). La diversification externe de l'étude a été également prise en compte à travers la pluralité des unités de soins des services cliniques concernés par l'étude (Nourrissons, Grands enfants, Maladies infectieuses, Oncologie pédiatrique, Urgences médicales, Néonatalogie, Consultations externes, Urgences chirurgicales, Bloc opératoire et Chirurgie / Hospitalisation).

Critères d'inclusion

- Être un SUS en activité au CHUP-CDG au moment de l'enquête.
- Posséder une ancienneté d'au moins deux (2) années dans la fonction de SUS au CHUP-CDG. Cette ancienneté pourrait lui garantir une expérience managériale et une meilleure connaissance des réalités de la pratique des soins dans l'établissement hospitalier.
- Avoir une formation de base d'infirmier (ère) d'État ou de sage-femme / maïeuticien d'État. Cette qualification pourrait conférer au SUS des connaissances et des compétences professionnelles en matière de prestation de soins de santé.

3. Outils et techniques de collecte des données

Pour collecter les données de terrain lors de l'enquête, nous avons élaboré un guide d'entrevue (Annexe 3) adressé aux SUS des services cliniques, en tenant compte de trois critères pour apprécier la validité des instruments : leur capacité de fournir le maximum de renseignements sur le sujet à l'étude, leur efficacité et l'éthique (Deslauriers & Kérisit, 1997). Le choix du guide d'entrevue se justifie par le fait que l'entrevue demeure la méthode de recueil la plus appropriée permettant :

un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations et ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur (Quivy & Campenhoudt, 2006, p. 174).

L'entrevue individuelle semi-dirigée a été privilégiée car cette technique « combine attitude non directive qui favorise l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance » (Berthier, 1998, p. 38). Le guide d'entrevue est structuré autour des thèmes et des sous thèmes centraux de la recherche qui se sont traduits en questions (Savoie-Zajc, 2009).

L'observation en situation a été également utilisée pour la collecte des données, avec une prise de notes de terrain dans un journal de bord. Martineau (2005, p. 6) la définit comme étant « un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux même [sic] où ils se déroulent ». Dans le cadre de notre enquête, nous avons effectué une observation libre⁵ et désengagée⁶. Triple travail de perception, de mémorisation et de notation (Beaud & Weber, 2003), l'observation a porté notamment sur les affiches dans le bureau du SUS et dans l'unité de soins, le déroulement de certaines activités du SUS, les interactions SUS - patients et SUS - personnel de l'unité, et enfin le tandem SUS - médecin-chef d'unité.

Nous avons également procédé à une revue documentaire pour la collecte de certaines informations. Cette revue nous a permis de recenser, de consulter et d'exploiter des documents administratifs et professionnels relatifs aux rôles et aux attributions assignés au SUS dans l'exercice de sa fonction. A ce sujet, nous avons pu consulter notamment le Plan d'Action 2015 du CHUP-CDG, le Projet d'Établissement 2015-2019 du CHUP-CDG, le Projet de Plan d'Action 2017 du CHUP-CDG, les Profils de fonction des SUS des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Normes et indicateurs de la pratique infirmière en milieu hospitalier, le Référentiel qualité bloc opératoire du CHUP-CDG, le Dossier d'hospitalisation du patient et enfin le Guide d'élaboration des fiches de poste de travail au CHUP-CDG.

⁵ « Observation libre : sans outil concret (grille) et sans phénomène précis à repérer [...] s'oppose à observation armée : dotée d'un outil préconstruit (grille d'items ou de critères) (Abernot & Ravestein, 2009, p. 207).

⁶ L'observation désengagée est celle « durant laquelle le chercheur ne participe pas aux actions observées et garde une position de neutralité » (Beitone, Dollo, Gervasoni, Le Masson, & Rodrigues, 2002, p. 27).

4. Opérationnalisation des concepts

4.1. L'amélioration de la qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins est le concept central de notre étude. Selon Defourny et Failon (2011, p. 16), « une amélioration de la qualité des soins nécessite un changement de comportement de la part des professionnels de la santé ». C'est sur ce concept que nous pressentons l'influence des rôles et du leadership du SUS, dans le cadre de notre étude.

4.2. Les rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins

Dans le cadre de l'étude et en rapport avec les rôles du SUS, nous avons abordé huit dimensions : la planification des activités, l'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste, la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires, la gestion des ressources, y compris l'information, le suivi de la traçabilité des soins, la vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences, l'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel et la mise en place des actions d'amélioration.

4.3. Le leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins

Dans le cadre de l'étude et en rapport avec le leadership du SUS, nous nous sommes intéressés à trois dimensions de la perception : la prise de décision au sein de l'unité de soins, la mobilisation et la motivation des équipes de soins, et la construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins.

Le tableau 3 résume les concepts, les dimensions de la perception, les outils de collecte des données et les sources des données de notre étude.

5. Déroulement de l'enquête

Phase active et opérationnelle de la recherche, la collecte des données s'est déroulée du 1^{er} au 31 août 2017 au CHUP-CDG. Notre démarche a consisté à négocier des entrevues auprès des SUS en leur adressant une note d'information du participant. Lors du déroulement de l'enquête, nous nous sommes présentés aux participants. Après avoir décliné notre identité, nous avons fait un bref exposé introductif sur le thème, le but, l'objectif général de la recherche et les modalités de l'entrevue. Sur une base volontaire, chaque participant a rempli et signé un formulaire de consentement libre et éclairé.

La collecte des informations a été faite par enregistrement des entrevues au dictaphone, des observations avec prise de notes dans un journal de bord et une revue des documents professionnels et administratifs relatifs aux rôles et aux attributions assignés au SUS. Selon Hamel (1997, p. 95), « qu'elle se base sur un ou plusieurs cas, l'étude de cas conduit à une étude en profondeur ». Du reste, comme le soulignent Beaud et Weber (2003, pp. 208–209), « il n'y a pas de bon entretien approfondi *sans enregistrement*, c'est une condition *sine qua non* [...]. Seul l'enregistrement vous permettra de capter dans son intégralité et dans toutes ses dimensions la parole de l'interviewé ». L'objectif de l'enregistrement des entrevues est donc de ne perdre aucune information et de pouvoir se centrer sur le sujet interviewé.

Nos observations, nos réflexions personnelles, les difficultés rencontrées, les ébauches d'explication et les questions que nous nous sommes posées au fur et à mesure de l'avancée de l'enquête ont été consignées au quotidien dans le journal de bord. Cela nous a aidé à prendre conscience des biais, à objectiver notre pensée, nos interprétations, et à accroître à la fois la validité de nos observations et la profondeur de nos interprétations (Roy, 2009).

6. Procédures d'analyse des données

L'analyse des données a consisté d'abord à la transcription des entrevues sur support électronique et à une lecture en profondeur avec immersion dans les données. À l'aide du logiciel R-Based Qualitative Data Analysis (RQDA), nous avons ensuite procédé au codage des données, à la vérification du codage, à l'exportation et à la synthèse des données, à la vérification de la synthèse à partir de notre journal de bord. Enfin, une analyse thématique de contenu a été réalisée à l'aide d'une grille d'analyse des données (Annexe 4). Celle-ci comporte des codes et des sous codes qui correspondent respectivement aux thèmes et aux sous-thèmes du guide d'entrevue. Selon Schiltz (2006, p. 269), « l'analyse de contenu permet de définir des catégories thématiques et formelles pertinentes pour la vérification des hypothèses et de coder un discours, un texte, une peinture, des interactions sociales en groupe à partir de ces catégories ». L'analyse thématique de contenu nous a permis de défaire la singularité des discours et découper transversalement les propos qui, d'une entrevue à l'autre, se réfèrent au même thème. Dans cette démarche, la cohérence singulière des entrevues a été ignorée afin de privilégier la cohérence thématique inter-entrevue. En outre, une triangulation a été faite avec des documents officiels et non officiels appartenant aux enquêtés afin de dégager la véracité des données.

7. Critères de scientificité de l'étude

Pour assurer la rigueur scientifique de notre recherche, nous avons veillé aux « précautions prises, au cours de la recherche, pour assurer la qualité du processus et des résultats de la recherche » (Baribeau & Royer, 2012, pp. 33–34). Cette section du quatrième chapitre de notre travail de recherche aborde ces critères de scientificité : la validité du construit, la validité interne, la fiabilité, la confirmabilité, l'imputabilité procédurale et la validité externe.

Pourtois et al. (2010) (Cités par Alexandre, 2013, p. 30) font valoir que « la validité désigne une opération de cohérence, d'adéquation ou de concordance, permettant de rendre compte au mieux de la réalité ». Pour Wacheux (1996) (Cité par Ayerbe & Missonier, 2007, p. 39), la validité d'une recherche est « la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés ». En recherche qualitative, les éléments qui permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats sont la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, et la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes (Letrilliart, Bourgeois, Vega, Cittiée, & Lutsman, 2009). Pour assurer la rigueur scientifique d'une étude de cas, Yin (1999) (Cité par Pelaccia & Paillé, 2011) dit que celle-ci doit respecter les principes de validité du construit, de validité interne, de validité externe et de fiabilité.

7.1. La validité du construit

La validité du construit signifie que la démarche de recherche est à même de répondre clairement aux questions de recherche (Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999). Elle vise à préciser et à délimiter les concepts étudiés afin que le chercheur définisse ce qu'il convient d'observer et la méthode appropriée (Ayerbe & Missonier, 2007). Notre démarche de recherche nous a permis de répondre aux questions de recherche. En outre, l'utilisation de plusieurs sources de données nous a permis de trianguler l'information.

7.2. La validité interne

La validité interne (crédibilité) « implique de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer »

(Drapeau, 2004, p. 81). Dans cette optique, une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes (Aubin-Auger et al., 2008), afin de limiter les biais relatifs à la collecte (Miles et Huberman, 2003, cités par Ayerbe & Missonier, 2007). C'est l'utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude (Apostolidis, 2006 ; Apostolidis & Dany, 2012 ; Letrilliat et al., 2009). Au niveau de la triangulation méthodologique, notre dispositif de collecte des données (entrevue, observation, journal de bord, exploitation des documents professionnels et administratifs) a répondu à ces exigences.

Pour assurer la validité interne des résultats de notre étude, nous nous sommes assurés de l'exactitude des conclusions auprès des participants à l'enquête (Aubin-Auger et al., 2008). Il s'est agi pour nous de veiller au « degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des sujets » (Drapeau, 2004, p. 82). Pour cela, après une première analyse des données, nous avons effectué une triangulation des sources par un retour auprès des participants afin de valider les propos et de nous assurer de rapporter la situation comme elle a été vécue par les acteurs concernés (Stake, 1995, cité par Alexandre, 2013). Nous avons aussi veillé à la pertinence et à la cohérence interne de nos déductions en restant vigilants et avons confronté notre interprétation au matériel référentiel de base, c'est-à-dire aux études et aux recherches similaires (Drapeau, 2004). Par ailleurs, avant d'être utilisés pour l'enquête, les outils de collecte des données ont été préalablement pré-testés lors d'une pré-enquête au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) et validés.

Le critère de fidélité (fiabilité) de la recherche consiste à démontrer que la démarche de recherche peut être reproduite avec les mêmes résultats (Yin, 1990, cité par Ayerbe & Missonier, 2007). Il s'est agi pour nous d'établir et de nous assurer que les multiples tâches effectuées au cours de la recherche pourront être répliquées avec les mêmes résultats ou, tout du moins,

évaluées avec le plus de transparence possible par différents chercheurs (Strauss et Corbin, 1990, cités par Ayerbe & Missonier, 2007). Autrement dit, il s'est agi pour le chercheur de s'assurer si ce qui est présenté l'aurait été fait de manière similaire, ou à des moments différents, par d'autres chercheurs (Thiétart & al., 2014). Selon Mays et Pope (1995), les chercheurs qualitatifs garantissent la fiabilité de leurs analyses par le maintien méticuleux des enregistrements d'entretiens et des observations, et en documentant en détail le processus d'analyse. Dans le cadre de notre étude, nous avons veillé au respect de ces précautions en matière de recherche.

Le critère de confirmabilité renvoie au degré de probabilité avec lequel les énoncés sont confirmés (généralisation) (Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999). Dès lors, nos préjugés personnels et intellectuels, nos propres valeurs, nos préférences et nos idéaux qui sont susceptibles d'avoir des effets sur le processus de la recherche, les interprétations, les résultats et les conclusions (réflexivité) ont été explicités en vue d'améliorer la validité interne de l'étude. Nous avons veillé aussi au respect de la diversité des points de vue des participants. Comme le soulignent Mays et Pope (1995, p. 110), « la stratégie de base pour assurer la rigueur de la recherche qualitative est le devis systématique et consciencieux de la recherche, la collecte de données, l'interprétation et la communication » [Traduction libre].

Pour assurer *le critère d'imputabilité procédurale*, notre matériel empirique, notre journal de bord, notre cahier de codification des données et notre grille d'analyse des données ont été rendus disponibles et justifiés afin de permettre une réplique de l'étude, autrement dit, permettre d'aboutir aux mêmes conclusions si l'étude était reprise dans le même contexte et avec les mêmes participants (dépendabilité). Comme le souligne Stringer (2007) (Cité par Turcotte, 2012, p. 80),

la conservation de toutes les données collectées, la description des stratégies d'analyse au sein du journal de bord [...], en plus de la production et de la conservation de l'évolution des mémos théoriques tout au long de l'étude devaient permettre d'attester la véracité des procédures de l'étude.

7.3. La validité externe

La validité externe (transférabilité) consiste en la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets, contextes ou populations (Aubin-Auger et al., 2008 ; Veillette-Bourbeau, 2013). Cela implique d'avoir un échantillon ciblé et représentatif de la problématique (Aubin-Auger et al., 2008). Selon Verhoeven (2010) (Cité par Alexandre, 2013, p. 30) elle renvoie

[...] à la possibilité de recourir à des schémas interprétatifs dégagés dans une situation de recherche donnée pour élucider un nouveau contexte de recherche, sans pour autant perdre de vue les conditions particulières de leur « découverte » initiale.

En recherche qualitative, il s'agit d' « appliquer la notion de saturation ou de complétude, c'est-à-dire que les techniques de recueil et d'analyse des données ne fournissent plus aucun élément nouveau à la recherche » (Drapeau, 2004, p. 82). Comme le souligne Pires (1997), d'un point de vue opérationnel, la saturation indique à quel moment le chercheur doit arrêter la collecte des données et d'un point de vue méthodologique, elle permet de généraliser les résultats à l'ensemble de l'univers de travail auquel le groupe analysé appartient. Compte tenu du fait que l'étude de cas prend en compte un nombre restreint de cas d'analyse et se concentre plutôt sur une exploration en profondeur en considérant le contexte, la transférabilité des résultats apparaît souvent limitée. Toutefois, puisque l'échantillon est varié et des descriptions en détail des cas étudiés ont été partagées, les résultats de notre étude pourraient être généralisés à d'autres CHU burkinabè similaires.

8. Éthique de la recherche

Il s'est agi de veiller notamment au respect des critères énoncés dans les politiques d'éthique en recherche, lesquelles « portent sur les méthodes et procédures de recherche, sur le recrutement et le consentement des sujets, l'analyse des risques et des avantages pour ceux-ci et la confidentialité dans le traitement et la diffusion des résultats » (Gohier, 2004, p. 12).

Dans cette optique, notre protocole de recherche a été soumis au Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso qui a donné un avis favorable sur délibération N° 2017-6-088 du 07 juin 2017 (Annexe 5).

Avant de réaliser l'enquête de terrain, la direction de l'IFRISSE a adressée au Directeur Général du CHUP-CDG une demande d'autorisation de collecte de données en notre nom, datée du 05 mai 2017. En réponse, une autorisation d'enquête N° 2017- 000798-MS/SG/CHUP-CDG/DG/DRH/SRF du 23 mai 2017 nous a été délivrée (Annexe 6). Ce qui nous a permis d'adresser une note d'information à tous les participants à l'enquête. Cette note d'information aborde le but et les objectifs de l'étude, le droit de quitter l'étude à tout moment sans conséquence sur les plans professionnel et personnel, le respect de la confidentialité et de l'anonymat (Annexe 1). Au moment des entrevues, sur une base volontaire, chaque participant a rempli et signé un formulaire de consentement libre et éclairé (Annexe 2).

La confidentialité des propos des participants à l'étude a été assurée, entre autres par l'annonce des extraits de verbatim en respectant l'anonymat et l'utilisation de codes dans le document d'analyse. Les codes utilisés pour les SUS sélectionnés sont SUS1 (F13)⁷, SUS2 (F3), SUS3 (F11), SUS4 (F4), SUS5 (F2), SUS6 (F3), SUS7 (M14)⁸, SUS8 (M5), SUS9 (M4), SUS10 (F6). En outre, tous les enregistrements originaux des entrevues sont conservés en toute sécurité sous disque dur externe pour une période de douze (12) mois à partir de la date de la fin de l'enquête au CHUP-CDG. Après ce délai, ils seront détruits. Comme l'indiquent Baribeau et Royer (2012, pp. 26–27) :

Dans le cas des études par entretiens, les critères éthiques concernent donc le consentement libre et éclairé, les questions relatives à la confidentialité des données ainsi qu'aux conséquences, pour les sujets ou pour le groupe qu'ils représentent, de leur participation à la recherche.

⁷ SUS1 (F13) signifie SUS à être interviewé en 1^{ère} position, de sexe féminin, avec 13 années d'ancienneté dans la fonction de SUS au CHUP-CDG.

⁸ SUS7 (M14) signifie SUS à être interviewé en 7^{ème} position, de sexe masculin, avec 14 années d'ancienneté dans la fonction de SUS au CHUP-CDG.

CHAPITRE V - LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Ce cinquième chapitre de notre étude présente les résultats de recherche auxquels nous sommes parvenus. Il répond à la question de recherche : « Comment le Surveillant d'Unité de Soins influence-t-il la qualité des soins au CHUP-CDG ». Dans cette partie du travail, nous abordons successivement les caractéristiques des participants à l'étude, les rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins, le leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins, la synthèse des résultats, la vérification des propositions théoriques et enfin le cadre conceptuel d'amélioration de la qualité des soins applicable au CHUP-CDG. La durée des entrevues a varié de cinquante-cinq (55) à quatre-vingt-sept (87) minutes. Au terme de l'enquête, nous avons atteint la saturation des données après neuf entrevues individuelles semi-dirigées avec les SUS des services cliniques de l'hôpital.

1. Caractéristiques des participants à l'étude

Parmi les neuf (9) SUS des services cliniques interviewés, nous dénombrons cinq (5) Attachés de Santé en Pédiatrie, un (1) Attaché de Santé en Chirurgie et trois (3) Infirmiers Diplômés d'État. La répartition des SUS selon le sexe est de trois (3) hommes et six (6) femmes, soit un sex-ratio d'un (1) homme pour deux (2) femmes. L'ancienneté moyenne dans la fonction de SUS au CHUP-CDG est de six (6) ans six (6) mois vingt (20) jours avec des extrêmes allant de deux (2) à quatorze (14) ans. La qualification des SUS et leur ancienneté dans la fonction de SUS pourraient laisser penser qu'il s'agit d'agents de santé qui ont acquis une certaine expérience professionnelle, tant dans le domaine des soins que celui de la gestion des unités de soins.

2. Rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins

Au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle, plusieurs rôles ont été assignés au SUS dans l'amélioration de la qualité des soins. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés à la perception du SUS de ses rôles dans la planification des activités de l'unité, l'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste, la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires, la gestion des ressources, y compris l'information, le suivi de la traçabilité des soins, la vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences, l'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel et la mise en place des actions d'amélioration. L'analyse des résultats des entrevues a regroupé les idées communes à l'ensemble des SUS interviewés tout en conservant les verbatims qui nous ont paru les plus significatifs. L'analyse documentaire, les entrevues et les observations ont montré que toutes ces activités sont du ressort du SUS.

2.1. La planification des activités de l'unité de soins

La planification des activités de l'unité de soins consiste à planifier le temps de travail, les gardes, les permanences et les congés du personnel soignant, à mettre à jour le planning de soins, le cahier de garde et le cahier de consignes. Elle consiste également à élaborer le micro plan de l'unité de soins qui, avec les micro-plans des autres unités de soins serviront à l'élaboration du plan d'action de l'hôpital. Selon Schaefer, la planification est :

un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer des buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'intervention possibles pour résoudre le problème (Cadotte, 1996, p. 10).

Au cours des entrevues, l'importance de la planification des activités pour l'amélioration de la qualité des soins dans les unités a été constamment soulignée par les SUS. En témoignent les propos du SUS7 (M14) :

La planification, c'est une activité très importante, parce que on peut rien réaliser sans planification. Pour toute chose, il faut planifier. Et en ce qui concerne les soins directs, chose, eh ..., spécifiquement, et là après la prescription nous sommes obligés de planifier nos interventions. Ouai ! Voilà, sur le terrain. (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [1745:2067]).

C'est également dans ce sens qu'abonde le SUS4 (F4) lorsqu'il affirme :

M'bon ! Je pense que le SUS joue un rôle important. C'est comme ce que je venais de dire. Tant que le SUS n'aura pas planifié par exemple le plan de soins ou bien le planning de garde, de matinée, de permanence, bon, si c'est laissé comme ça, y aura des trous et des vides. On peut se retrouver une journée sans quelqu'un pour faire le travail (Entrevue SUS4 (F4) CHUP-CDG PAFADNAM [4177:4527]).

L'élaboration et la transmission du micro plan de l'unité à la direction de l'hôpital constituent également pour le SUS une activité qu'il réalise à la fin de chaque année. Avec la contribution du personnel soignant, le SUS élabore le micro plan de l'unité de soins et le soumet à l'approbation du médecin-chef de l'unité de soins. En témoignent les propos du SUS5 (F2) :

Si, activement oui puisque nous nous faisons, nous proposons d'abord, nous faisons un premier draft, que nous proposons au chef d'unité, et qu'elle apprécie, le micro plan on le fait, on le soumet au chef d'unité, et après avec l'ensemble maintenant, le personnel de l'unité, nous essayons encore de le retravailler, et ce qu'ils proposent s'ils ont des propositions, des suggestions, voilà nous tenons compte de tout ça avant de le soumettre maintenant le micro plan au niveau de la direction. (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [8937:9437]).

L'implication des SUS est active, de l'élaboration du micro plan à la validation du plan d'action de l'hôpital, comme le soulignent les propos du SUS5 (F2) :

Eh, bè, je pense que oui, je pense que oui, parce que nous étions en majorité, c'était uniquement vraiment les SUS et puis eh ..., voilà, les chefs d'unité et plus les cadres de la direction ..., les chefs d'unité, bien sûr, ce sont des médecins, bien sûr ce sont des médecins qui sont nos chefs d'unité. Voilà, donc y avait les SUS des unités et les chefs d'unité. Voilà, l'un dans l'autre ..., [...]. Si, l'élaboration du plan d'action de l'hôpital, oui, on est impliqué dans tout ce processus-là. Voilà ! (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [9832:10420]).

En résumé, la planification des activités est pleinement assurée par les SUS, ce qui favorise la prise en charge des patients et la continuité des soins. La réalisation de l'activité leur permet de contribuer significativement à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités des services cliniques.

2.2. L'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste

L'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste contribuent sans conteste à l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers. Les SUS reconnaissent leur importance et la nécessité de leur utilisation. En témoignent les propos du SUS7 (M14) :

C'est très nécessaire parce que, on ne peut pas travailler naviguer à vue comme ça ! Il est très nécessaire de mettre en place des fiches de poste, et, élaborer des procédures de soins et protocoles, voilà ça permet de faciliter le travail de tout un chacun. Et situer les responsabilités et ça contribue à la qualité des soins. Voilà ! Au moins j'ai eu cette petite chance de faire un stage d'un mois à Rouen [en France] dans ce cadre, vu que là-bas ils travaillent beaucoup avec les protocoles et les procédures. Voilà ! Si on doit administrer telle chose voilà comment il faut le faire et, chacun sait et à chaque fois que y a des questionnements on part voir la procédure. Voilà et on exécute. (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [6557:7255]).

Certains SUS ont participé à l'élaboration des protocoles, des procédures, et des fiches de poste comme l'indiquent les propos du SUS1 (F13) :

On participe à l'élaboration des protocoles ..., et des fiches de poste ; parce que, ici on a des protocoles ! [...]. On participe à l'élaboration des protocoles parce que ..., on a eu à élaborer des protocoles de prise en charge des ..., des ..., de certaines pathologies. Et dans ..., dans l'élaboration de ces protocoles, le SUS a bien participé. Voilà ! Donc dans la préparation des interventions [chirurgicales], nous avons un cahier de protocoles et on a établi des protocoles. Donc avant l'intervention, normalement les équipes doivent consulter le cahier de protocoles pour pouvoir permettre de préparer bien nos malades, et puis l'intervention se passe bien. Voilà ! On participe à certains protocoles mais y a des protocoles aussi m'bon, on n'a pas eu la chance de participer. (Entrevue SUS1 (F13) CHUP-CDG PAFADNAM [2963:3745]).

2.2.1. Les protocoles et les procédures

Un protocole est un descriptif de techniques à appliquer et / ou de consignes à observer. Aussi parfois appelé instruction de travail, fiche technique ou mode opératoire, il s'adresse en général à une catégorie professionnelle donnée. Une procédure est une « manière spécifiée d'accomplir une activité ou un processus » (ANAES, 2002, p. 71). Nombre de SUS ont participé à l'élaboration de certains protocoles et certaines procédures de soins mais leur mise en œuvre n'est pas effective dans les unités. En témoignent les propos du SUS3 (F11) :

Voilà ! Nous n'avons pas ..., nous n'avons pas tous les protocoles ; c'est uniquement les protocoles chimio, voilà, qu'on vient d'avoir et que nous n'avons même pas encore ..., bon c'est pendant la formation que nous avons montré aux participants, voilà, sinon y a beaucoup de protocoles en tout cas qui, qui sont pas appliqués pour le moment. Voilà ! Mais y en a quand même qui sont chose, bon des genres transmission, les bains de bouche, et tout, lavage des mains et tout ça ; c'est affiché ! C'est affiché et les gens lisent mais, par exemple quand on prend quelqu'un en train de se laver les mains tu vois que ..., c'est devant lui-même, mais ils ne suivent pas. (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [9284:9946]).

C'est ce qui ressort également des propos du SUS7 (M14) :

Puisque c'est au niveau du service des soins infirmiers ou de la pédiatrie médicale, on devrait, mettre eh ..., élaborer ces protocoles et procédures. Et ce que je sache, eh ..., y a eu l'équipe de Rouen [France] qui était venue, et c'est lors de cette arrivée-là, qu'on avait essayé, de mettre en place certaines procédures, voilà, chose, protocoles de prise de voie veineuse. C'est ça seulement qu'on a pu élaborer, là bon on a participé. Voilà, sinon, nous faisons la différence en tout cas avec, les pays européens, parce que nous travaillons beaucoup sans protocoles ! (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [4776:5357]).

2.2.2. Les fiches de poste

Une fiche de poste est un descriptif de l'activité exercée par un agent dans l'unité de soins qui prend en compte son environnement de travail, notamment le service et l'encadrement éventuel. C'est un outil de communication qui offre l'opportunité à l'agent de dialoguer avec son

supérieur hiérarchique direct et réciproquement. Dans les unités de soins investiguées, les fiches de poste n'ont été ni élaborées, ni mises en place. Selon le SUS5 (F2), cela s'expliquerait par un dysfonctionnement au niveau de la direction de l'hôpital, comme le soulignent ses propos :

Mais les fiches de poste, eh ..., oui et non. Oui en ce sens que ..., enfin, récemment ils nous avaient envoyé des notes pour nous demander de faire des fiches de postes pour chaque infirmier, voilà, et y a eu, je sais pas moi, je sais pas une incompréhension au niveau de la direction, parce que tantôt il avait été question que c'est le chef de service des soins infirmiers qui était censé le faire avec les SUS, tantôt on dit que c'est les chefs d'unité qui est censé le faire avec les SUS, du coup y a eu cet amalgame-là. Ça fait que personnellement, j'ai décidé pour éviter toute sorte de polémiques, je dis je ne fais pas. Mais je n'ai pas fait, et personne ne m'a posé question. Et je m'en suis tenue à ça. Voilà ! (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [10848:11567]).

Cependant, les SUS reconnaissent l'utilité et l'importance de l'élaboration et la mise en place de la fiche de poste pour l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients. C'est ce qui ressort toujours des propos du SUS5 (F2) :

Eh ..., je pense que oui, ç'allait permettre réellement aux gens, chacun allait réellement connaître sa place, et quel est son rôle, et si tu connais ta place, tu sais quel est ton rôle et que tu le joues efficacement, ça ne peut que faire avancer les choses. Voilà ! Donc en conclusion, ça serait vraiment une très bonne chose si c'est appliqué. Oui ! (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [13111:13443]).

En résumé, la plupart des protocoles et des procédures de soins ne sont pas élaborés. On constate une absence d'utilisation systématique de protocoles et de procédures pour l'administration des soins aux patients et une absence de description des postes qui définit clairement les tâches des agents dans les unités de soins des services cliniques. Cela ne permet pas aux SUS de veiller pleinement à la qualité des soins, et par conséquent de contribuer de façon optimale à son amélioration continue.

2.3. La formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires

La formation continue du personnel de l'unité de soins et l'encadrement des stagiaires est une activité de routine du SUS dans son unité. C'est dans ce contexte qu'apparaît son rôle de formateur, pédagogique et de personne ressource aussi bien pour le personnel de l'unité de soins que pour les stagiaires venant des écoles et instituts de formation en santé.

2.3.1. La formation continue du personnel

Dans l'unité de soins des services cliniques, la formation continue du personnel est assurée par le SUS, mais également par le médecin-chef de l'unité. Elle est constamment réalisée lors des visites médicales, des staffs cliniques et des transmissions, mais aussi lors des réunions d'unité à travers des échanges et des discussions sur des thèmes préalablement choisis et préparés. C'est ce qui ressort en partie des propos du SUS7 (M14) :

Mais, en ce qui concerne, sur le terrain la routine, y a des retouches, voilà, lors de nos transmissions, ça on se dit que c'est une façon de former le personnel. Voilà, parce que chacun présente les malades, les salles sont réparties, et chacun a ses malades et chacun présente son malade, voilà, et, le diagnostic, ce qu'il a pu faire au malade, les administrations, les examens, je pense que ..., c'est une façon en tout cas de former le personnel. Voilà ! (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [9337:9795]).

Cette activité est aussi réalisée à travers les comptes rendus de formations du SUS ou d'autres agents de l'unité qui ont participé à des sessions ou à des ateliers de formation. Comme l'attestent les propos du SUS3 (F11) :

L'agent essaie de faire un petit compte rendu, voilà, au personnel, voilà ! Et maintenant, bon, y a des documents aussi, celui qui veut il peut prendre ce qui est déjà chose, mais généralement, on met ça sur la machine [ordinateur de bureau], voilà, celui qui a sa clé [USB] il peut venir copier et puis bon, pour aller s'imprégner encore plus. Voilà ! Sinon, c'est un compte rendu en tout cas intégral qu'on demande à la personne de faire. Voilà ! Celui qui n'a pas participé à la formation puisse avoir quand même des choses, des informations sur eh ..., le thème. Voilà ! (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [19886:20482]).

Certains SUS pensent que c'est un rôle important du SUS qui n'est pas souvent considéré prioritaire. En attestent les propos du SUS5 (F2) :

Oui, c'est un rôle assez important [...], l'assurer ..., bon, pas pleinement ! Quelquefois, oui. Eh, j'avoue que, bon c'est toujours bien d'attirer l'attention là-dessus parce que, eh ..., c'est pas, nous le prenons pas, vraiment pas comme étant un rôle très, très, très prioritaire. Et pourtant il devrait l'être. Parce que la formation continue ici, ça se limite à quoi ? C'est quand par exemple au cours des enregistrements, je constate que y a quelque chose qui n'est pas bien fait, qui n'est pas enregistrée, et que ça se répète [...], et facilement je reconnais toutes les écritures, j'interpelle la personne, je dis voilà, voilà, ce qui y a lieu de faire, et parfois, bon, quelques rares fois je vois quelqu'un qui est en train par exemple prendre mal, un poids ou une taille qui n'est pas approprié, voilà, on vient on s'entraide et puis voilà, discrètement pour lui faire comprendre voilà, c'est comme ça ça se fait, et puis eh ..., voilà quoi. (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [14019:14982]).

En vue de renforcer la formation continue du personnel soignant, d'autres SUS proposent des stratégies. En témoignent les propos du SUS8 (M5) :

Sur ce côté-là, moi j'aurai proposé quand même que, eh ..., en relation avec le service des soins infirmiers, qu'il y ait des ateliers de formation, qu'il y ait des choses, [...] des stages de perfectionnement, des échanges inter hospitaliers, eh ..., pour qu'on essaie de voir, concrétiser, s'engrainer, imbriquer les connaissances et puis bon voir comment on peut allier les choses. [...] Sinon pour le moment c'est sur le terrain que nous apprenons et nous faisons ces échanges. (Entrevue SUS8 (M5) CHUP-CDG PAFADNAM [12154:12721]).

2.3.2. L'encadrement des stagiaires

Le CHUP-CDG a pour mission d'assurer la formation des étudiants et des élèves de diverses disciplines professionnelles dont la santé. À cet effet, il reçoit des stagiaires en médecine des universités Ouaga I Joseph Ki-Zerbo et Saint Thomas d'Aquin, des stagiaires en sciences infirmières de l'École Nationale de Santé Publique et aussi des stagiaires d'autres écoles privées de santé. À leur arrivée, ils sont répartis dans les unités de soins. Le SUS assure surtout l'encadrement des stagiaires infirmiers et garçons / filles de salle, en collaboration avec le personnel de l'unité. Il les soutient dans la réalisation de leurs objectifs de stage, contrôle leur apprentissage et participe à l'évaluation de leur stage. C'est en partie ce qu'affirme le SUS1 (F13) :

Quand ils viennent nous les accueillons, nous leur montrons le service [unité], les objectifs du ..., bon, comment le service fonctionne, et ils viennent avec leurs objectifs aussi, voilà ! Et on essaie, on les répartit dans les ..., dans le service... Voilà ! On les répartit au niveau des équipes, Voilà dans les équipes et puis, ils font le tour des salles, viscérale ..., eh ..., traumatologie, [...] puis ..., les pansements ..., voilà ! Et la stérilisation. C'est comme ça. (Entrevue SUS1 (F13) CHUP-CDG PAFADNAM [8549:9014]).

Les SUS affirment s'impliquer activement dans l'encadrement des stagiaires, malgré le nombre pléthorique des élèves et des étudiants qui ne faciliterait pas un encadrement efficace, comme l'attestent les propos du SUS2 (F3) :

Je pense que le surveillant aussi doit avoir vraiment un regard très fort concernant les stagiaires. Il faut leur donner l'information nécessaire juste, voilà, c'est important, voilà ! Parce que quand tu n'es pas regardant les stagiaires, bon, c'est-à-dire [...], l'effectif est tellement pléthorique que quand ils viennent ils pensent que c'est un coin où il faut aller jouer et puis voilà ! Mais quand tu es un peu regardant et tu sens que tu t'impliques aussi, voilà, il faut t'impliquer, faut pas être la Major et puis tu es dans le bureau ; il faut être sur le terrain avec eux, il faut les encadrer autrement ils ne feront rien et puis voilà ! C'est un peu comme ça qu'on fait. (Entrevue SUS2 (F3) CHUP-CDG PAFADNAM [14503:15186]).

En résumé, la formation continue du personnel des unités de soins et l'encadrement des stagiaires des écoles et instituts de formation en santé permettent aux SUS de renforcer les connaissances, les pratiques et les compétences professionnelles des agents et l'apprentissage des stagiaires. La réalisation de ces activités leur permet de contribuer substantiellement à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités des services cliniques.

2.4. La gestion des ressources, y compris l'information

La gestion des ressources humaines, matérielles et de l'information constitue un des principaux rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au sein des unités. Elle est sous la supervision du SUS qui, en collaboration avec le médecin-chef de l'unité, doit savoir planifier, mettre en œuvre, contrôler et anticiper en vue d'atteindre les objectifs de l'unité de soins.

2.4.1. Les ressources humaines

Pour assurer l'exécution des activités de l'unité et la continuité des soins avec une efficacité optimale, le SUS organise son personnel en équipes de soins et planifie le travail. En témoignent les propos du SUS2 (F3) :

Je pense que c'est ton rôle, si aujourd'hui tu as un manque de personnel, il faut plaider de manière à avoir du personnel requis sinon ton travail ne sera pas fait. Si tu as un excès de personnel et que y a un remaniement, [...] et y a un redéploiement, on veut te l'enlever, je pense il faut être humble, il faut accepter parce que d'autres services en ont besoin. Ça c'est concernant les ressources humaines. Maintenant si tu as un déficit en ressources et tu n'as pas de personnel de l'Etat, je pense que il faut déployer les moyens. Les stagiaires souvent, tu essaies de voir les équipes comment composer des équipes de sorte les stagiaires comblent le trou en attendant qu'on ait le personnel, je pense que c'est ton rôle. (Entrevue SUS2 (F3) CHUP-CDG PAFADNAM [18513:19313]).

Cependant, l'insuffisance du personnel soignant et l'absence d'agents de certaines catégories professionnelles pourraient handicaper l'amélioration de la qualité des soins. C'est ce qui ressort des propos du SUS3 (F11) :

Ah, [...] le personnel en tout cas est en nombre insuffisant. Au début, il était ..., on ne peut pas fonctionner avec sept infirmiers. Nous n'avons pas de garçons et de filles de salle. Voilà ! Donc c'est nous qui faisons tout et parfois on est obligé de demander aux filles de salle des [Nom de l'unité] de nous venir en aide. Heureusement en tout cas, elles acceptent notre service, voilà, Voilà ! L'hygiène est vraiment capitale. (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [23447:23939]).

2.4.2. Les ressources matérielles

Pour assurer la réalisation des activités de soins et la prise en charge de qualité du patient, des états de réparation de l'équipement sont faits pour les unités de soins des services cliniques. En ce qui concerne le matériel de soins et autres matériels de bureau, le SUS dispose de bons de commande lui permettant de faire l'expression des besoins de son unité de soins. Pour certains SUS, la gestion des ressources matérielles constitue l'essentiel de leurs activités et ils mettent tout en œuvre pour l'assurer convenablement, comme l'attestent les propos du SUS5 (F2) :

Ah oui, je dirai même que c'est ..., c'est l'essentiel même du boulot comme ça. Oui ! Parce que, pour ce qui est du matériel, je dirai tout le matériel tout confondu, eh ..., voilà, pour ce qui est du matériel logistique, nous faisons des bons, eh ..., en fonction de nos besoins qui ont été prédéfinis dans notre micro plan, nous faisons des bons et on nous sert en ..., bon, en ..., en petite quantité, et dès que, nous épuisons la quantité, soit côté pharmacie ou côté logistique, bon, nous élaborons les bons pour nous faire servir. Il arrive des moments que nous demandons et que nous n'arrivons pas à avoir, du coup ça perturbe le travail, voilà, mais on se débrouille au mieux qu'on peut. Et, nous on a une sorte aussi de mini-caisse ici quand vraiment quelque chose est très essentielle pour le travail, nous n'attendons pas que forcément même quand on n'arrive pas à nous donner au niveau de la direction, on essaie de ..., voilà, de réaliser la dépense, et ..., et voilà ! Et en retour, voilà, on part se faire rembourser, au niveau de la caisse mini-dépense de l'hôpital. (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [17261:18342]).

D'autres SUS relèvent la survenue de ruptures de consommables médicaux de temps à autre, ce qui porte souvent préjudice à la dispensation des soins de qualité, comme l'illustrent les propos du SUS3 (F11) :

Bon, dire qu'on est satisfait, en tout cas en matière de dotation, c'est, c'est trop dire ! Parce que bon, y a eu un moment où n'avait même pas de dossier de malade, de dossier d'hospitalisation, voilà ! Donc, c'est pour dire que oui, y a eu des ruptures en ordonnanciers, des ruptures en fiches de prescription médicale, suivi médical et tout tout tout, voilà ! Et là il y a un impact négatif sur la qualité des soins. Parce que tout malade doit avoir un document ! Voilà ! Et si le dossier du malade n'est pas là, je ne sais pas ; alors que ce n'est pas informatisé non plus, voilà ! Donc vraiment, ça ne peut qu'entraver pas mal de chose à notre niveau. (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [21774:22439]).

2.4.3. L'information

La gestion de l'information dans l'unité de soins se résume à la diffusion des notes de services émanant de la direction de l'hôpital d'une part, à celle de l'information interne à l'unité et entre les unités d'autre part. Selon les SUS, elle est ainsi assurée, comme l'attestent les propos du SUS1 (F13) :

Quand il y a les informations, il faut faire passer l'information pour que tout le monde soit au courant ..., avec les affiches ! Souvent on affiche, si c'est des notes [de service], on affiche et on prend le soin d'écrire que c'est un nouveau, eh..., une nouvelle note et qu'il faut lire. Pour attirer l'attention donc on note comme ça. De fois on peut convoquer une réunion, ou si y a quelque chose d'urgent et que ça nécessite que tout le monde ..., on peut convoquer une réunion pour informer. Voilà ! (Entrevue SUS1 (F13) CHUP-CDG PAFADNAM [10580:11079]).

C'est dans ce sens également qu'abondent les propos du SUS3 (F11) :

En tout cas nous essayons de transmettre au personnel tout ce que nous recevons comme information venant de la hiérarchie. Et les notes de service sont affichés, nous avons un tableau d'affichage ici. Ce qui doit être affiché, en tout cas est affiché. Voilà ! Et chacun essaie de lire ..., pour s'informer. Bon, nous avons une flotte, mais la flotte, c'est uniquement avec le surveillant, voilà le surveillant et la hiérarchie, [...] pas avec la hiérarchie uniquement. Entre surveillants aussi on peut s'appeler et aussi avec certains services tels que les Urgences, l'ambulance, les maintenances. Voilà ! C'est un canal aussi d'information. Y a les réunions mensuelles comme je disais tantôt, mais il nous arrive de convoquer des réunions extraordinaires, quand y a une information importante et urgente, on n'attend pas le jour de réunion. (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [17009:17926]).

En somme, la gestion des ressources humaines, matérielles et celle de l'information permettent aux SUS d'assurer la prestation et la continuité des soins en vue d'une prise en charge de qualité du patient. L'exécution de l'activité leur permet de contribuer conséquemment à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités de soins des services cliniques.

2.5. Le suivi de la traçabilité des soins

Par la vérification de la notification des actes de soins à travers des supports tels que les registres de consultation, les registres des soins, les registres d'hospitalisation, les cahiers de consignes et le dossier du patient, les SUS assurent le suivi de la traçabilité dans les unités de soins des services cliniques. Cependant, certains SUS notent que la traçabilité des soins n'est pas optimale, malgré leurs rappels incessants adressés au personnel soignant. En témoignent les propos interpellateurs du SUS1 (F13) :

Je peux dire que peut-être nous-mêmes qui ne prenons pas ..., le corps infirmier qui ne prend pas ce qu'il fait peut-être au sérieux, sinon bon ..., leur attention a toujours été attirée, de toujours noter ce qu'ils font. Nous on avait mis même des trucs, des registres en place pour les petits actes que nous posons au niveau de la salle septique pour que ça soit noté, parce que c'est des activités, si c'est pas noté, [...] on ne voit pas la charge de travail alors que nous faisons beaucoup de choses ! Je pense que ..., nous-mêmes, nous devons faire un effort dans ce sens aussi, prendre notre métier-là comme un métier très noble et puis ..., essayer de valoriser ce que nous faisons. (Rires du SUS). (Entrevue SUS1 (F13) CHUP-CDG PAFADNAM [13491:14258]).

La notification des actes de soins par le personnel infirmier s'avère incomplète, notamment le remplissage de la fiche infirmière, partie intégrante du dossier du patient. C'est ce que soulignent les propos du SUS3 (F11) :

[...] Bon, nous mettons en tout cas en place des ..., des registres, des registres pour que chacun puisse écrire, eh ..., les événements au niveau de ce registre-là, faire un compte rendu de ce qu'il a fait pendant son temps de travail, voilà. Bon y en a qui notent intégralement, y en a aussi qui ne le font pas, bon, mais en tout cas on essaie de faire ce qu'on peut [...]. Nous avons aussi des cahiers de consignes, voilà ! Eh ..., dans le dossier du malade y en a une partie, une fiche infirmière et en tout cas on doit l'utiliser, en cas de besoin. Mais le malade peut rentrer et sortir sans qu'on ne voit quelque chose notée sur cette fiche infirmière-là ! (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [24672:25403]).

En résumé, le suivi de la traçabilité des soins permet aux SUS de vérifier la notification par le personnel soignant de l'exécution des activités de soins et de sensibiliser les agents de l'unité sur la nécessité de notifier tous les actes de soins. La réalisation de l'activité leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités de soins des services cliniques.

2.6. La vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences

Selon certains SUS, les activités techniques ne sont pas toujours exécutées selon les normes, les méthodes et les exigences dans les unités de soins. Cependant, l'exécution de ces activités respecte certaines conditions sur lesquelles veillent les SUS. C'est ce qu'attestent les propos du SUS3 (F11) :

Oui, y a pas de normes en tant que tel à suivre mais quand même pour tout traitement, il faut quand même respecter la prescription médicale, donc nous avons un plan de soins, un plan de soins, voilà, des soins ordinaires, voilà qu'on essaie de respecter. On respecte en tout cas les heures, les doses et tout ça, voilà et parfois si on doute de quelque chose on va vers le prescripteur pour essayer de comprendre, parce que parfois aussi il peut arriver que au niveau des calculs, quelqu'un se trompe sur la posologie ou quelque chose comme ça. Voilà ! On relève aussi les problèmes, le matin quand on arrive, on relève les problèmes au niveau des accompagnants pour voir la nuit qu'est ce qui s'est passé au niveau de chaque malade, et on retransmet aux internes et au médecin qui sont là pendant la visite. (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [29209:30017]).

Les SUS déplorent l'absence de protocoles et de procédures auxquels se référer pour l'administration des soins comme l'indique le SUS8 (M5) :

Vous savez si y avait des protocoles affichés, là ce problème n'allait pas se poser. Mais maintenant, un protocole qui n'est pas affiché, c'est difficile au surveillant chaque jour de passer, parce que il ne faut pas que, eh ..., on confonde cette surveillance-là à une surveillance policière. Alors donc, si c'était affiché, on pouvait interpeler à X ou à Y, est ce que ça-là, ça-là [...], ce que vous avez fait-là, c'est conforme à ce qui est affiché ? Ou bien est-ce que c'est conforme à ce qu'on a appris ? (Entrevue SUS8 (M5) CHUP-CDG PAFADNAM [26693:27222]).

En synthèse, en l'absence d'utilisation systématique de protocoles et de procédures de soins, la vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences n'est pas pleinement assurée par les SUS. Ce dysfonctionnement ne favorise pas une amélioration de la qualité des soins dans les unités des services cliniques.

2.7. L'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles

2.7.1. L'évaluation des pratiques professionnelles du personnel

Les pratiques professionnelles en santé représentent l'ensemble des activités de soin, de prévention et d'éducation pour la santé. Evaluer une pratique professionnelle consiste à mesurer l'écart entre cette pratique et un comportement de référence. L'objectif poursuivi est alors de mettre en œuvre des actions correctives pour s'approcher des standards (Gardette, 2010). L'évaluation des pratiques professionnelles du personnel dans les unités de soins se limite à l'observation de routine des SUS et à la correction des écarts constatés. Selon nombre de SUS, cela serait dû à l'absence d'outil d'évaluation validé d'une part, et à l'éventuelle difficulté de sa mise en œuvre même s'il existait d'autre part. En témoignent les propos du SUS7 (M14) :

Voilà, y a pas cet outil, mais ça se fait. Ça se fait et nous connaissons les compétences de tout un chacun. Je sais qui peut faire quoi, bien ou mal. Voilà ! Sur la base de l'observation. Parce que, on est là à tout moment, et on sait quels sont ceux-là qui sont bien dans tel domaine, je prends l'exemple de l'aspiration du lavage des nez, les ponctions veineuses pour les

prélèvements, on connaît ! Voilà ! Mais c'est pas formalisé, y a pas un document sur lequel on met le nom de telle personne, toi tu es bien en voie veineuse, toi tu es bien en traitement, en fractionnement, en préparation des médicaments, non ! Voilà ! (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [25205:25831]).

Certains SUS pensent que si l'outil d'évaluation était disponible, l'évaluation des pratiques professionnelles aurait pu être mise en œuvre et serait bénéfique pour le personnel des unités. Cela contribuerait à l'amélioration de la qualité des soins. C'est ce qui ressort en partie des propos du SUS5 (F2) :

Bien sûr que ça serait une bonne chose parce que, chercher à améliorer, personne ne veut aller rester derrière, yin [...], c'est toujours bien, et ce serait beaucoup plus concret, ça veut dire voilà avec les critères d'administration, la personne exécute, vous cochez vous cochez à la fin et voilà vous le mettez devant le fait, voilà. Et lui-même, il a l'occasion d'apprécier réellement ce que lui-même il fait, et je pense que c'est plus concret, c'est plus visible. Pour le permettre de s'améliorer. C'est, beaucoup plus visible que quand tu pars t'arrêter bon tu as fait, bon tu as poussé ça comme ça, il fallait pousser ça comme ça. Non, tu peux lui dire il fallait pousser ça comme ça, mais lui il ne voit même pas le pourquoi il faut pousser ça comme ça. Alors que non quand y a les critères d'appréciation, voilà lui aussi, ça le permet, c'est beaucoup plus objectif, les critiques en ce moment est beaucoup plus objectifs. (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [34448:35404]).

Selon d'autres SUS, au-delà de l'élaboration de l'outil d'évaluation des pratiques professionnelles, il est essentiel que leur rôle dans sa mise en œuvre soit affirmé par la direction de l'hôpital. En outre, il faut que les agents des unités de soins soient sensibilisés afin de réduire les résistances éventuelles. C'est ce que soulignent en partie les propos du SUS4 (F4) :

Pour les pratiques professionnelles, non ! Non, non ! Ça on le fait pas. M'bon, si c'est quelque chose qui est bien décrit et tout le monde sait que c'est le rôle du surveillant, personne ne sera frustrée. Mais si c'est pas fait et toi tu te lèves comme ça tu dis que tu vas voir comment il travaille et tu dois, si c'est regarder comme ça même et puis corriger, par exemple les nouveaux qui viennent dans notre unité, quand elles vont faire quelque chose, elles acceptent que tu t'approches pour dire par exemple, eh ..., celles qui ont quitté ..., [...] là par exemple même aspirer, même faire un tubage pour un crachat BAR, y a beaucoup qui ne savent pas. Donc, si c'est ces gens-là tu t'approches pour montrer comment il faut travailler, elles sont d'accord. Mais en dehors de ça, tu te lèves pour voir comment ils aspirent le médicament, comment il prépare, bon, tant que c'est pas écrit que c'est toi tu dois faire ça, la personne va te dire que mais « j'ai été formée, c'est quoi quoi quoi » ! (Entrevue SUS4 (F4) CHUP-CDG PAFADNAM [23092:24112]).

2.7.3. L'évaluation des compétences professionnelles du personnel

Les compétences sont des savoir-agir complexes qui prennent appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (Tardif, 2006, cité par Brahimi, Farley, & Joubert, 2011). L'évaluation des compétences professionnelles du personnel de l'unité de soins des services cliniques est annuelle et se résume à l'attribution de notes aux agents lors d'une entrevue individuelle et concertée entre le SUS et le personnel concerné, habituellement en fin d'année. Selon l'ensemble des SUS, il s'agit d'une simple formalité administrative qui ne permet pas une évaluation objective des compétences de l'agent. En témoignent les propos du SUS1 (F13) :

En tout cas on mène l'activité chaque année, on fait les notations des agents, mais bon, on aurait pu améliorer ça en posant des objectifs à l'avance et puis suivre maintenant les agents pour voir si effectivement ils ont pu réaliser ces objectifs en fin d'année avant de pouvoir les noter. Voilà ! (Entrevue SUS1 (F13) CHUP-CDG PAFADNAM [20366:20664]).

Et de poursuivre en affirmant :

C'est pas une bonne évaluation des compétences du personnel, mais qu'est-ce qu'on va dire ? Puisque ..., ça ne se fait ..., au début y a pas eu les contrats d'objectifs, donc, on ne peut que faire comme ça. Voilà ! Si au début y a vraiment eu des contrats d'objectifs que les agents sont au courant que c'est ça que tu dois faire pour pouvoir atteindre ton objectif, les objectifs, donc y a pas de problème. Mais comme si y a rien eu, on va pénaliser quelqu'un aussi pour ça ? Voilà ! (Entrevue SUS1 (F13) CHUP-CDG PAFADNAM [23132:23610]).

En synthèse, l'évaluation des pratiques professionnelles du personnel n'est pas effective dans les unités de soins des services cliniques. Quant à l'évaluation des compétences professionnelles du personnel assurée par les SUS, elle n'est ni objective, ni formative dans son contexte d'application. La réalisation de l'activité par les SUS n'apporterait pas une plus-value, ce qui ne leur permet pas de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

2.8. La mise en place des actions d'amélioration

En vue de résoudre certains dysfonctionnements et améliorer la qualité de la prise en charge des patients, des actions d'amélioration sont souvent initiées et mises en place dans les unités de soins des services cliniques. Ces initiatives sont prises par le SUS, en collaboration avec le médecin-chef de l'unité et le personnel soignant. En attestent les propos du SUS3 (F11) :

Effectivement lors de nos réunions en tout cas nous avons eu à parler de ça plusieurs fois, donc ce qui nous a amenés à mener ..., en tout cas certaines actions ..., eh ..., surtout basées sur l'hygiène. L'hygiène qui est vraiment primordiale pour notre unité. En tout cas actuellement nous avons ensemble avec le service d'hygiène, arrêté, eh ..., des dates pour la désinfection de nos salles, voilà ! Et chaque mois, voilà, une fois par mois, nos salles sont désinfectées, et nous avons aussi pu installer des lave-mains que nous avons déposés devant chaque salle d'hospitalisation. Voilà, et tout entrant qui arrive, même si tu sors pour payer quelque chose à la grande porte, tu reviens, tu dois te laver les mains avant d'avoir accès à la salle de soins. Voilà, et puis les accompagnants qui sont là, ce sont elles qui s'occupent de ravitailler en tout cas, ces lave-mains en eau, et nous, nous apportons le savon. Voilà ! En tout cas, depuis que nous avons commencé à mettre ça dans l'unité-là, on a remarqué en tout cas une nette amélioration, du point de vue hygiène. Parce que avant ça, y avait beaucoup de ..., beaucoup d'enfants en tout cas tombaient dans ..., l'aplasie au niveau des infections et tout ça, mais depuis que nous avons initié en tout cas ces activités-là, ça va ! Onh ! (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [33288:34597]).

L'interaction entre les membres des équipes de soins lors des réunions d'unités favorise une meilleure coordination des actions d'amélioration. Afin d'avoir une pleine adhésion à l'application effective et à l'évaluation continue, ces actions d'amélioration sont prises en concertation avec le médecin-chef d'unité et le personnel de l'unité. En témoignent les propos du SUS7 (M14) :

Oui, ça c'est lors de nos réunions, eh ..., lorsque, on note les problèmes, et en même temps, on fait des propositions de résolution de ces problèmes. Voilà ! Donc, c'est dans la résolution-là, que nous mettons en place des actions. Comment faire pour améliorer l'exécution de telle ou telle activité ? Donc, à chaque fois, quand on le fait, on évalue. Et vous allez voir la prochaine réunion, on dit bon, y avait tel problème, on a eu tel, comment dirai-je, telle solution, on a proposé telle solution pour résoudre le problème et, le problème est à quel niveau actuellement ? Est-ce que le problème existe ou le problème a disparu ? Maintenant il se pourrait que, bon, il arrive de fois que le problème, eh ..., existe mais pas la même ampleur qu'avant.

Donc on essaie de revoir peut-être au niveau des actions, elles n'ont pas été efficaces, et comment faire pour rendre efficace. On trouve d'autres astuces encore pour pouvoir améliorer la résolution. Voilà, c'est ce que nous faisons. (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [29151:30162]).

En somme, la mise en place des actions d'amélioration est assurée par les SUS dans les unités de soins des services cliniques. Elle est effective et productive. En concertation et en collaboration avec les médecin-chefs des unités et le personnel, ces actions d'améliorations sont prises, mises en œuvre et évaluées. La réalisation de l'activité permet aux SUS de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités des services cliniques.

3. Leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés à l'influence du leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la prise de décisions au sein de l'unité de soins, la mobilisation et la motivation des équipes de soins, et enfin la construction de la culture organisationnelle de l'unité. Dans cette section du cinquième chapitre, nous analysons comment ce leadership contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

3.1. La prise de décisions au sein de l'unité de soins

De nos jours, le leader de l'organisation d'une unité de soins remplit plusieurs rôles dont les axes essentiels sont les relations interpersonnelles, l'information et la décision (Hubinon, 2004). Dans les unités de soins des services cliniques du CHUP-CDG, la prise de décisions est le plus souvent collective, axée sur la communication, la concertation et l'implication du personnel, avec l'approbation du médecin-chef d'unité. Comme le souligne Moulin (2012), communiquer de manière optimale c'est être disponible, à l'écoute, faire preuve aussi de cohérence et de respect envers le personnel.

Les décisions importantes sont le plus souvent prises lors des réunions de service ou des transmissions, comme l'attestent les propos du SUS7 (M14) :

Oui, nous impliquons tout le personnel dans la prise de décisions, à travers les réunions et à travers les transmissions. Voilà, [...] et puis, actuellement j'ai constaté que les transmissions sont des cadres bien appropriés pour la prise de beaucoup de décisions. Puisque, lors de la transmission, en ce qui concerne la prise en charge des malades, y a beaucoup de bonnes décisions qui se prennent là-bas. Voilà, le matin. [...] l'équipe de matin est là avec le SUS. Donc les médecins, les stagiaires internes, ils sont tous là. En tout cas, c'est une commission très importante, voilà, pour la prise de décisions. (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [31941:32583]).

C'est aussi dans ce sens que s'orientent les propos du SUS3 (F11) :

Bon ! La prise de décisions, bon, généralement c'est en concertation avec les autres membres de l'équipe, ou bien avec le médecin-chef de l'unité, on se consulte et puis on s'entend sur ce qu'on doit faire. Voilà ! Sinon, en tout cas, je ne prends pas de décisions seule, [...] je viens, je dis voilà aujourd'hui-là, on a fait telle chose non ! Voilà, c'est toujours de concert avec le chef d'unité et aussi j'ai un ..., le suppléant qui est là, voilà ! Si je ne peux pas, si c'est une décision urgente, si je ne peux pas voir tout le monde, j'en parle [...] à mon adjoint, voilà ! Avec le chef d'unité ensemble nous essayons en tout cas de voir. Voilà ! (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [35450:36134]).

Selon le SUS5 (F2), la communication et l'implication du personnel de l'unité sont capitales dans la prise de décisions. À ce sujet, il insiste :

C'est vraiment la communication ! Moi j'aime, je communique beaucoup avec les gens. Y a d'abord la communication et quand j'ai quelque chose que je pense, j'estime que c'est bien, je, je soumetts, à l'ensemble du personnel, et, et on prend la décision ensemble et quand je vois que y a quelqu'un quand même qui ne marche pas selon ce que j'aurai aimé, je n'hésite pas à appeler la personne, et on s'assoie on échange. (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [49684:50111]).

En somme, par la mobilisation de plusieurs éléments appartenant à leur leadership dans la prise de décisions au sein des unités de soins des services cliniques, les SUS créent un climat de travail convivial, constructif et productif. Cela favorise une meilleure collaboration interprofessionnelle et une meilleure coordination des activités de soins, permettant aux SUS de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

3.2. La mobilisation et la motivation des équipes de soins

Pour mobiliser et motiver les équipes de soins en vue de la réalisation des activités de l'unité de soins, le SUS utilise diverses stratégies parmi lesquelles l'animation de groupe, la communication, l'écoute active des membres des équipes et la réceptivité à leurs attentes, la reconnaissance du travail bien fait, les encouragements et les félicitations des équipes pour un travail bien exécuté, et la création d'une bonne ambiance de travail. En outre, sa présence parmi les agents, sa participation aux événements sociaux des membres des équipes et l'initiation d'activités récréatives en fin d'année participent à la cohésion du groupe. En attestent les propos du SUS7 (M14) :

Bon, les astuces c'est, surtout l'animation du groupe, la communication, la présence aussi, c'est-à-dire il faut être permanemment dans le groupe, sur le terrain avec le personnel ! Les autres sources de motivation c'est, surtout les actions sociales. Quand y a un événement malheureux ou bien heureux chez un agent, il faut tout de suite mobiliser les autres pour qu'on puisse en tout cas faire des visites à domicile, c'est très important ! Bien vrai tout le monde ne peut pas partir mais le SUS avec certains éléments font le déplacement, et au nom de l'unité, voilà ! Ça contribue en tout cas à motiver le personnel [...]. (Entrevue SUS7 (M14) CHUP-CDG PAFADNAM [32977:33741]).

Cela permet au SUS de créer une relation de confiance avec le personnel, de maintenir la cohésion du groupe et d'instaurer un climat de travail favorable à l'amélioration de la qualité des soins dans l'unité de soins. C'est aussi et en partie dans ce sens que s'orientent les propos du SUS3 (F11) :

C'est, c'est peut-être l'animation des équipes, on essaie de les encourager, voilà, avec aussi les réunions et les trucs de fin d'année. Bon ! On essaie d'organiser des genres retrouvailles, en fin d'année, pour essayer d'encourager. En tout cas, ça permet de tisser les relations entre les agents. (Entrevue SUS3 (F11) CHUP-CDG PAFADNAM [36802:37136]).

En somme, par l'exploitation de plusieurs éléments appartenant à leur leadership, les SUS mobilisent et motivent les équipes de soins en vue de la réalisation des activités dans les unités de soins. La mise en œuvre de ces stratégies crée une relation de confiance entre SUS et personnel, ce qui favorise la cohésion des équipes de soins. Cela leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités des services cliniques.

3.3. La construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins

Dans l'optique de l'amélioration de la qualité des soins à travers la construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins, plusieurs éléments appartenant au leadership du SUS sont exploités. De la synthèse des propos des SUS, nous retenons le respect du patient et l'humanisme à son égard, la communication, l'écoute active, le respect des horaires de travail, l'assiduité au travail, l'exemple, la compétence professionnelle et la responsabilisation du personnel. Les SUS semblent en être conscients et œuvreraient pour la construction de la culture organisationnelle de leurs unités de soins. Les propos du SUS5 (F2) attestent en partie cette synthèse :

Nous nous disons ici que nous sommes une porte d'entrée ..., à l'hôpital, [...], nous véhiculons, du coup l'image même que les gens vont ressortir de l'hôpital. Et quand c'est comme ça, la façon dont tu vas te comporter, [...], c'est comme si c'est l'hôpital, qui a véhiculé cette image-là. Donc du coup, au cours même de nos réunions nous parlons plus de ... [...] les gens viennent ici avec des problèmes, parce que on ne se lève pas, tout joyeux pour venir à l'hôpital. Quand on vient ici c'est parce qu'on a un souci. Et quand on a un souci c'est qu'on s'attend à avoir une oreille attentive, et oreille attentive aussi c'est vraiment avoir une consultation dans un cadre agréable et voilà ! Avec le respect du patient, l'humanisme à leur égard, tout ce qui sied. Nous demandons toujours aux gens [agents de santé] d'être souples dans le langage, d'être patients, [...], nous sommes tous des êtres humains. [...]. (Entrevue SUS5 (F2) CHUP-CDG PAFADNAM [54089:55325]).

Les propos du SUS2 (F3) en témoignent également :

Apprendre à écouter aussi, c'est très, très important parce que tu découvres beaucoup de choses. Donc je pense que quoi qu'on dise, quand y a la bonne ambiance, et puis [...] tout le monde se sent responsable ..., il faut responsabiliser aussi. Moi je pense en tout cas que Major faut pas tout mettre, ne met pas tout par vers toi. Il faut responsabiliser les gens. Et quand vous responsabilisez, chacun se sent [...] important et ils vont travailler. (Entrevue SUS2 (F3) CHUP-CDG PAFADNAM [51343:51823]).

En résumé, par l'utilisation de plusieurs éléments appartenant à leur leadership, les SUS promeuvent certaines valeurs, attitudes, conduites et règles nécessaires à la construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins. La mise en œuvre de ces stratégies leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités des services cliniques.

4. Synthèse des résultats

Afin d'appréhender la perception des SUS quant à leur influence dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG, notre étude s'est focalisée sur leurs rôles et leur leadership dans l'exercice de leur fonction. Les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus font ressortir que :

- La planification des activités dans les unités de soins est pleinement assurée par les SUS, ce qui favorise la continuité des soins. La réalisation de l'activité leur permet de contribuer significativement à l'amélioration de la qualité des soins au sein des unités de soins.
- La formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires assurés par les SUS permettent de renforcer les connaissances, les compétences et les pratiques professionnelles des agents, et aussi l'apprentissage des stagiaires. La réalisation de l'activité leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités.
- La gestion des ressources humaines, matérielles et de l'information permet aux SUS d'assurer la coordination du travail et du personnel, la prestation et la continuité des soins en vue d'une meilleure prise en charge du patient. L'exécution de l'activité leur permet de contribuer pleinement à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités.
- Le suivi de la traçabilité des soins est assuré par les SUS, ce qui leur permet de veiller à la notification de l'exécution des activités de soins, mais aussi de sensibiliser le personnel soignant sur la nécessité de notifier tous les actes de soins. La réalisation de l'activité leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités.
- La mise en place des actions d'amélioration dans les unités de soins, assurée par les SUS en collaboration avec le personnel, s'avère effective et productive. La réalisation de l'activité leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités.
- En mobilisant plusieurs éléments appartenant à leur leadership dans la prise de décisions, les SUS créent un climat de travail convivial,

constructif et productif. Cela favorise une meilleure collaboration interprofessionnelle et une bonne coordination des activités de soins, ce qui leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

- En exploitant plusieurs éléments appartenant à leur leadership, les SUS mobilisent et motivent les équipes de soins en vue de la réalisation des activités. La mise en œuvre de ces stratégies crée une relation de confiance et favorise la cohésion du groupe, leur permettant de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités.
- En utilisant plusieurs éléments appartenant à leur leadership, les SUS promeuvent certaines valeurs, attitudes, conduites et règles nécessaires à la construction de la culture organisationnelle de l'unité. La mise en œuvre de ces stratégies leur permet de contribuer sensiblement à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités.
- La plupart des protocoles et procédures de soins ne sont pas élaborés, donc, il n'y a pas de standardisation des normes dans l'administration des soins. Les fiches de postes ne sont pas mises en œuvre et donc, il n'y a pas de description des postes définissant clairement les tâches des agents dans les unités. Ces dysfonctionnements ne permettent pas aux SUS de veiller pleinement à la qualité des soins dispensés aux patients et de contribuer substantiellement à son amélioration continue.
- La vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences n'est pas pleinement assurée par les SUS, en l'absence d'utilisation systématique de protocoles et de procédures dans les unités. Ce dysfonctionnement ne leur permet pas de contribuer efficacement à l'amélioration de la qualité des soins.
- L'évaluation des pratiques professionnelles du personnel n'est pas effective dans les unités de soins. L'évaluation des compétences professionnelles du personnel assurée par les SUS n'est pas objective dans sa mise en œuvre. Ces dysfonctionnements ne leur permettent pas de contribuer sensiblement à l'amélioration de la qualité des soins.

5. Vérification des propositions théoriques de recherche

En rappel, notre première proposition théorique stipule que le rôle joué par le SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. Notre deuxième proposition théorique stipule que le leadership du SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. Il s'agit donc de vérifier si ces propositions théoriques énoncées ont été confirmées ou infirmées.

5.1. La première proposition théorique de recherche

La première proposition théorique est en partie confirmée. En effet, les résultats de l'étude ont permis de montrer que dans une certaine mesure, le SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins dans son unité à travers la planification des activités, la gestion des ressources, y compris l'information, la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires, le suivi de la traçabilité des soins et la mise en place des actions d'amélioration. Cependant, par insuffisance de compétences en management des unités, le SUS n'arrive pas à assurer pleinement certains rôles, afin de contribuer efficacement à l'amélioration de la qualité des soins.

5.2. La deuxième proposition théorique de recherche

La deuxième proposition théorique est en partie confirmée. En effet, les résultats de l'étude ont permis de révéler que dans une certaine mesure, le SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins dans son unité en mobilisant plusieurs éléments appartenant à son leadership dans la prise de décisions au sein de l'unité, la mobilisation et la motivation des équipes de soins et la construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins. Cependant, par insuffisance de compétences en leadership, le SUS n'arrive pas toujours à exploiter pleinement et efficacement son leadership afin d'apporter une contribution optimale à l'amélioration de la qualité des soins.

6. Cadre conceptuel d'amélioration de la qualité des soins applicable au CHUP-CDG

A l'issue de la synthèse des résultats, nous proposons un cadre conceptuel élaboré à partir de l'amélioration de la qualité des soins d'une part, de la perception du SUS de l'influence de ses rôles et de son leadership dans l'amélioration de la qualité des soins d'autre part. L'amélioration de la qualité des soins constitue la variable dépendante, « celle dont le chercheur essaie d'expliquer les variations » (Grawitz, 2001, p. 550). Elle est influencée par les rôles du SUS d'un côté et le leadership du SUS de l'autre côté. Ceux-ci constituent les variables indépendantes ou variables explicatives qui sont celles dont nous subodorons, c'est-à-dire celles dont nous pressentons l'influence sur la variable dépendante ou variable centrale. Comme l'explique Rocher (1968b, pp. 163–164),

la variable dépendante est l'élément ou le phénomène qui varie en fonction d'un autre ou de plusieurs autres, à l'endroit desquels il se trouve ainsi dans une certaine situation de dépendance. La variable dépendante est donc la variable à expliquer, tandis que la variable indépendante est la variable explicative.

Nous pensons que cette analyse fonctionnelle nous permet de montrer que l'amélioration de la qualité des soins apparaît comme le produit d'un faisceau de variables ou de l'interaction entre plusieurs variables. (Figure 3).



Figure 3: Cadre conceptuel applicable à l'amélioration de la qualité des soins

CHAPITRE VI – LA DISCUSSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE

L'objectif général de notre recherche était de comprendre l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. Spécifiquement, il s'agissait d'une part de décrire comment le SUS perçoit ses rôles dans l'amélioration de la qualité des soins et d'autre part d'analyser comment le leadership du SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

La planification des activités, la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires, la gestion des ressources humaines, matérielles et de l'information, le suivi de la traçabilité des soins et la mise en place des actions d'amélioration sont les principales activités à travers lesquelles les SUS des services cliniques contribuent de façon significative à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. En revanche, l'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste, la vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences et l'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel sont celles où leur influence ne semble pas apporter une plus-value significative à l'amélioration de la qualité des soins. En exploitant plusieurs éléments appartenant à leur leadership dans la prise de décisions, la mobilisation et la motivation des équipes de soins, les SUS des services cliniques contribuent de façon conséquente à l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. En revanche, leur leadership dans la construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins s'avère produire peu d'effet sur l'amélioration de la qualité des soins.

Après ce bref résumé des résultats majeurs de notre recherche, nous abordons successivement la discussion des résultats de recherche point par point, les limites de l'étude et enfin les forces de l'étude.

1. Discussion des résultats

La discussion des résultats porte sur les différentes dimensions de la perception des rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins et celles du leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins. À notre connaissance, peu d'études ont traité l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements hospitaliers. En dehors de quelques études qui ont abordé certains aspects de l'influence du cadre de santé dans la démarche qualité, l'étude de Djoumbé (2008) constitue la principale référence sur laquelle nous nous appuierons pour discuter nos résultats dans cette section du sixième chapitre de notre étude.

1.1. Les rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins

Entité intégrative de l'activité hospitalière, l'unité de soins constitue un lieu stratégique au sein de l'hôpital. Elle est à la fois le champ clos de la fonction de soins orientés selon une division de travail coordonné et l'espace ouvert à toutes les interfaces professionnelles, fonctionnelles et administratives de l'organisation globale de l'hôpital (Ait Chitt, 2006, cité par Djoumbé, 2008). Dans sa description des rôles du gestionnaire, Mintzberg (2004) indique que le manager planifie, organise, coordonne et contrôle les activités de l'organisation. Pour cela, il doit savoir motiver et encourager le personnel de l'organisation d'une certaine manière. Selon l'auteur, l'influence du manager est la plus évidente dans son rôle de leader. Dans l'exercice de sa fonction au CHUP-CDG, le SUS doit sans cesse exercer ses rôles pour une amélioration continue de la qualité des soins dans son unité de soins.

1.1.1. La planification des activités de l'unité

Le rôle du SUS dans la planification des activités de l'unité de soins est indispensable à l'amélioration de la qualité des soins. Jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des auteurs qui ont examiné particulièrement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la planification des activités de l'unité, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus. Toutefois, discutant de la participation de l'infirmière gestionnaire à la planification stratégique, Crossan (2003) (Cité par Bertrand, 2011) souligne que les niveaux d'implication et de participation dans l'élaboration de la planification stratégique varient d'un individu à l'autre.

1.1.2. L'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste

L'influence du SUS dans l'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste est capitale dans l'amélioration de la qualité des soins. Comme le soulignent McFadden et al. (2006) (Cités par Rojas & Rojas, 2012), l'élaboration des procédures participe à une stratégie d'amélioration de la qualité des soins en apportant des changements positifs. La standardisation des pratiques contribue aussi à l'amélioration de la qualité des soins (HAS, 2014). Nos résultats diffèrent de ceux de Coulon (2011) qui, abordant le management de la qualité de l'activité, ont montré un suivi très fréquent du contrôle et du respect des protocoles de soins infirmiers.

1.1.3. La formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires

La formation continue vise à acquérir des connaissances et des compétences personnelles, professionnelles et sociales complétant ou renforçant une formation de base reconnue. Le rôle du SUS dans la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires des écoles

de formation en santé est indispensable à l'amélioration de la qualité des soins. Jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des auteurs qui ont abordé particulièrement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus.

1.1.4. La gestion des ressources, y compris l'information

La gestion des ressources occupe une place primordiale dans les activités des SUS dans les unités de soins. Les SUS managent au mieux les ressources matérielles et humaines dont ils disposent sous l'autorité administrative du chef de service des soins infirmiers et sous la responsabilité du médecin-chef d'unité de soins. Jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature n'a pas permis de trouver des études qui ont exploré particulièrement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la gestion des ressources humaines et matérielles, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus. Toutefois, selon Coulon (2011), le cadre de santé contribue de manière importante à l'organisation de la prise en charge des patients d'une unité de soins.

En matière de gestion de l'information, l'influence du SUS s'avère effective dans l'amélioration de la qualité des soins. Ce résultat s'apparente celui de l'étude de Djoumbé (2008) qui révèle que les infirmiers-chefs assurent l'information du personnel sur les problèmes, les actions et les performances de l'unité et estiment que la communication est développée et permanente.

1.1.5. Le suivi de la traçabilité des soins

Ces dernières années, la collecte de données et leur traitement en vue d'en faire des informations exploitables n'a cessé de gagner en importance (Crommelynck et al., 2013). C'est en ce sens que le suivi de la traçabilité des

soins par les SUS s'avère nécessaire dans l'amélioration de la qualité des soins. Dans ce domaine, jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des études qui ont exploré particulièrement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers le suivi de la traçabilité des soins, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus.

1.1.6. La vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences

Les cadres de santé occupent dans le « monde du soin » une place singulière. Ils ne soignent plus, mais encadrent (monde du contrôle) sous la responsabilité de médecins (monde du traitement) (Coulon, 2011). La vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences consiste dans le contrôle quotidien de l'exécution du travail par le personnel. Elle revient principalement aux cadres de proximité (Jounin & Wolff, 2006), c'est-à-dire à ceux qui n'ont que du personnel soignant sous leur responsabilité. Jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des études qui ont exploré particulièrement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus.

1.1.7. L'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel

Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles permettent de mesurer la conformité des pratiques à des références admises, de constater des écarts, d'en analyser les causes et de mettre en place des actions correctives (ANAES, 2002). Dans les unités de soins des services cliniques,

l'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel n'est pas significative et donc, ne permet pas aux SUS de contribuer à l'amélioration la qualité des soins à travers la mise en œuvre de l'activité. Jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des auteurs qui ont abordé concrètement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers l'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus.

1.1.8. La mise en place des actions d'amélioration

Les actions d'amélioration sont des actions correctives initiées et mises en œuvre par le SUS en collaboration avec le personnel et le médecin-chef d'unité en vue de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Dans les unités de soins des services cliniques, la mise en place des actions d'amélioration est effective, ce qui permet aux SUS de contribuer à l'amélioration la qualité des soins à travers la conduite de l'activité. Jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des auteurs qui ont abordé particulièrement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la mise en place des actions d'amélioration dans les unités de soins, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus.

1.2. Le leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins

Le SUS occupe une place particulière dans les unités de soins. Par conséquent, la réussite de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins est tributaire de son implication, de son engagement et du niveau de mobilisation de ses équipes de soins (Djoumbé, 2008). Il est reconnu que le leadership du SUS est une composante importante qui favorise l'environnement de pratique professionnelle des agents (Beaudet, 2008).

Des études montrent que l'engagement et la compétence du leadership sont des éléments essentiels à l'amélioration de la qualité (Rojas & Rojas, 2012). Selon Sullivan et Decker (Cités par Hubinon & Grimmiaux, 2002, p. 23), « la qualité des soins serait directement proportionnelle à la qualité du leadership ». De ce fait, en tant que responsable de l'unité, le SUS doit déployer son leadership pour développer le potentiel des équipes de soins. Il doit pouvoir utiliser ses capacités d'observation, d'analyse des situations, avoir la capacité de prendre des décisions concertées et travailler en collaboration pour l'amélioration de la qualité des soins dans l'unité de soins.

1.2.1. La prise de décisions au sein de l'unité de soins

L'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la prise de décisions est effective. Le SUS prend en considération les idées et suggestions des équipes de soins. Cette manière de travailler développe leurs capacités de prendre des initiatives et leur motivation, favorise le travail d'équipe et privilégie la qualité du climat (Moulin, 2012). Nos résultats s'apparentent à ceux de Djoumbé (2008) qui montrent que les tenues des réunions de service et des staffs cliniques sont parmi les mécanismes de communication qui visent l'information et la discussion avec les équipes.

1.2.2. La mobilisation et la motivation des équipes de soins

En évoquant le rôle indispensable de mobilisation des équipes reconnu aux gestionnaires de l'unité dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, Djoumbé (2008) constate dans son étude que ce rôle s'avère marginal pour certains infirmiers-chefs. Cependant, il a relevé quelques caractéristiques de leader à savoir la considération portée à l'aspect participatif, à la motivation des équipes et à la création d'une relation de confiance dans la gestion de l'unité. Les résultats auxquels nous avons abouti diffèrent de ceux de son étude, puisque notre étude montre que les

SUS mettent en œuvre des stratégies qui favorisent la cohésion des équipes, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités.

1.2.3. La construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins

La promotion d'une culture de qualité est indispensable à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités. Le SUS doit utiliser son leadership pour développer une culture de qualité chez les membres des équipes de soins qui vise à intégrer l'amélioration de la qualité des soins dans leurs pratiques quotidiennes. Selon la HAS (2014), cela nécessite l'adhésion, la mobilisation, la participation active et la responsabilisation de tout le personnel et s'appuie sur la communication interne, les échanges et les réunions régulières. Jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des auteurs qui ont abordé particulièrement l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins à travers la construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins, ce qui ne nous permet pas de comparer nos résultats. Toutefois, dans une étude, Labarre (2007) indique que selon les infirmières gestionnaires, le leadership permet de travailler avec les personnes pour améliorer leur accomplissement, créer un environnement soutenant, influencer les personnes à agir de façon intègre.

2. Limites de l'étude

Les résultats de l'étude doivent être considérés à la lumière de deux limites. La première limite est en rapport avec la subjectivité qui pourrait entacher le recueil des données, basé essentiellement sur la perception des acteurs interviewés, mais aussi l'interprétation subjective des résultats de la recherche. En outre, les stratégies des acteurs qui sont fonction de leurs intérêts (Crozier et Friedberg, 1992, cités par Brousselle & Champagne, 2005) peuvent être cachés, donc difficile à cerner. Comme le souligne Olivier de Sardan (1995), c'est à travers les propres interactions du chercheur avec

les autres, la mobilisation de sa propre subjectivité, sa propre « mise en scène » que la plupart des données sont produites. Celles-ci incorporent donc un « facteur personnel », source de biais. Pour tenter d'atténuer ce biais, nous avons appliqué le principe du « chevauchement des méthodes » par l'utilisation de plusieurs techniques d'investigation lors de la collecte des données (Ferréol, 2004). Nous avons aussi essayé de minimiser la crainte des acteurs interviewés par l'explication du but et des objectifs de l'étude, la possibilité offerte de poser toutes les questions nécessaires à leur information et de recevoir des réponses claires et précises. Nous avons essayé de les mettre en confiance en leur assurant du strict respect de la confidentialité de leurs propos grâce à l'anonymat et nous les avons encouragés à nous donner librement et sans crainte leur opinion sur le sujet.

La deuxième limite de l'étude est en rapport avec l'effet Hawthorne. L'effet Hawthorne dit que « les sujets d'une étude modifient leur comportement naturel par le simple fait qu'ils savent qu'ils participent à une étude et qu'ils sont sous observation » (Kleist, 2006, p. 123). C'est le changement de comportement de l'enquêté induit par le fait de participer à l'étude, et non par le contenu de l'étude elle-même (Behaghel, 2012). Cette attitude de l'enquêté est source de biais d'information appelé effet Hawthorne. Ce sont les « effets produits sur la variable dépendante par suite de la prise de conscience par les sujets de leur participation à l'étude » (Fortin, Taggart, Kérouac, & Normand, 1988, p. 413). Pour tenter d'atténuer ce biais d'information, dès l'entame de l'enquête, nous avons communiqué aux SUS la raison pour laquelle nous effectuons cette recherche, sans pour autant dévoiler qu'ils seront sous observation durant l'enquête. En outre, nous avons développé une pratique de réflexivité lors de la collecte des données.

3. Forces de l'étude

Notre étude qui porte sur « l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG » comporte des forces qui sont à souligner.

À notre connaissance, notre étude est l'une des premières études exploratoires qui s'est focalisée sur l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins dans les services cliniques des centres hospitaliers universitaires au Burkina Faso. Par conséquent, elle constitue une étude pionnière et pourrait se révéler utile à des projets d'études similaires qui éventuellement s'en serviront, soit pour approfondir certains aspects de la problématique abordée, soit pour explorer la même thématique dans d'autres établissements hospitaliers du Burkina Faso où d'autres pays d'Afrique.

De notre point de vue, notre étude a pu également prendre en compte les principaux rôles assignés au SUS des services cliniques dans les centres hospitaliers universitaires au Burkina Faso. En outre, elle a pu explorer le leadership du SUS à travers certaines dimensions de la perception. Le SUS qui joue le rôle du leadership est une personne située dans un groupe où elle exerce son influence. De ce fait, il doit profiter de ses capacités pour amener les membres des équipes de soins à travailler continuellement dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Wong et Cummings (2007) (Cités par Bertrand, 2011) indiquent que des résultats de recherche tendent à montrer que la mise en application d'un leadership infirmier dans les établissements de santé est nécessaire afin d'améliorer la qualité des soins.

Enfin, notre constat est que la majorité des résultats auxquels nous avons abouti est orientée dans le sens de nos propositions théoriques. Elle renforce l'idée qu'à travers différents rôles qu'il assure dans son unité de soins, et tout en mobilisant plusieurs éléments appartenant à son leadership managérial, le SUS contribue conséquemment à l'amélioration de la qualité des soins.

CONCLUSION

Les nouveaux défis lancés aux établissements hospitaliers sont de maximiser la satisfaction du personnel soignant et leur implication à l'organisation, de manière à ce qu'ils dispensent des soins qui répondent aux exigences de qualité, tout en assurant la satisfaction des patients, et ce dans un mode de gestion plus participatif, fondé sur la mobilisation et la responsabilisation des agents (Hubinon & Grimmiaux, 2002). La situation sanitaire actuelle du Burkina Faso est marquée par une qualité des soins qui ne répond pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations (Ministère de la Santé, 2003). C'est pourquoi les autorités sanitaires accordent une grande importance à l'offre des soins de qualité, option traduite dans le Programme National de Développement Sanitaire 2011-2020 par l'orientation stratégique 2 : « Amélioration des prestations de services de santé » (Ministère de la Santé, 2011). Dès lors, chercher à mieux comprendre l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers s'avère d'actualité et pourrait éventuellement contribuer au renforcement du leadership du SUS dans la prise en charge de qualité du patient. Comme le souligne le socio-politologue Guissou (Cité par Hien & Compaoré, 2006, p. 15), « la connaissance scientifique des réalités humaines et sociales des populations et leurs rapports avec l'environnement sert et doit servir de guide et d'éclairage aux orientations et choix de développement ». Notre étude voudrait bien s'inscrire dans cette vision de la recherche sociale.

En dépit des limites de l'étude, les conclusions auxquelles nous sommes parvenus pourraient contribuer au renforcement du leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins, au bénéfice de la patientèle et des usagers du CHUP-CDG. Cependant, nous avons pleinement conscience que notre étude n'a abordé qu'une infime partie de la problématique du management de la qualité des soins. Aussi, comme perspective à cette

étude, nous pensons qu'à travers un devis mixte, une recherche pourrait être conduite sur « la performance managériale des unités de soins au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle ».

A l'issue de notre étude, nous avons constaté que les SUS occupent une place particulière dans les unités de soins et par conséquent, la réussite de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins est tributaire de leur implication effective, leur engagement et le niveau de mobilisation de leurs équipes de soins. Dans l'optique de renforcer l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins, des recommandations sont émises à l'endroit des SUS, du Directeur des Soins Infirmiers et du Directeur Général.

À l'endroit des SUS, nous recommandons vivement de développer leur leadership clinique et managérial orienté vers l'amélioration continue de la qualité des soins et ce, par la formation continue, le renforcement de leurs pratiques et leurs compétences professionnelles ainsi que la communication.

À l'endroit du Directeur des Soins Infirmiers, nous recommandons d'abord d'initier des concertations mensuelles et régulières avec les SUS afin d'échanger constamment sur la problématique de l'amélioration de la qualité des soins. Ensuite, il faut faciliter l'élaboration des protocoles, des procédures et des fiches de poste avec la participation des SUS et leur mise en place dans les unités de soins. Enfin, il faut initier des sorties de supervision trimestrielles et régulières dans les unités afin d'apporter le soutien de la direction aux SUS et susciter la reconnaissance de leur travail.

À l'endroit du Directeur général, nous recommandons d'initier une session de formation ou de proposer une formation diplômante pour développer ou renforcer les connaissances, les compétences et les pratiques des SUS en management de la qualité des soins afin qu'ils soient en mesure de participer pleinement et efficacement à l'amélioration de la qualité des soins. En outre, il faudrait instituer un prix annuel d'excellence « Qualité » pour motiver et encourager les SUS, et aussi valoriser symboliquement la fonction de SUS.

RÉFÉRENCES

- Abernot, Y., & Ravestein, J. (2009). *Réussir son master en sciences humaines et sociales : problématiques, méthodes, outils*. Paris : Dunod.
- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives*, 32(1), 26–56.
- ANAES. (2002). *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
- Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 22(2), 211–226. <https://doi.org/DOI: 10.1590/S0102-37722006000200011>
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé: le regard des représentations sociales. *Psychologie française*, 57(2), 67–81. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 19(84), 142–145.
- Ayerbe, C., & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37–62.
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Beaud, S., & Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques* (Nouvelle Édition). Paris : Ed. Découverte.
- Beaudet, G. (2008). *Relation entre le ratio infirmières-patients, la composition des équipes soignantes et la perception de l'environnement de pratique des infirmières*. Université de Montréal, Montréal. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/7794/Beaudet_Genevieve_2008_memoire.pdf
- Behaghel, L. (2012). Lexique. Dans L. Behaghel (Éd.), *Lire l'économétrie* (2^e éd., pp. 111–114). Paris : La Découverte.

- Beitone, A., Dollo, C., Gervasoni, J., Le Masson, E., & Rodrigues, C. (2002). *Sciences sociales* (3^e éd.). Paris : Dalloz.
- Berthier, N. (1998). *Les techniques d'enquêtes: méthodes et exercices corrigés*. Paris : Armand Colin.
- Bertrand, M.-C. (2011). *Recommandations de stratégies éducatives favorisant le développement optimal du leadership chez l'infirmière gestionnaire qui participe à la prise de décisions en équipe interprofessionnelle*. Université de Montréal, Montréal. Repéré à http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Recommandations_de_strategies_educatives_pour_le_developpement_du_leadership_de_l_infirmiere_gestionnaire_Bertrand_Oct2011.pdf
- Brahimi, C., Farley, C., & Joubert, P. (2011). *L'approche par compétences: un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.deslibris.ca/ID/228122>
- Brangier, É., & Robert, J.-M. (2012). L'innovation par l'ergonomie : éléments d'ergonomie prospective.
- Brault, I., Roy, D., & Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167–173.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2005). L'analyse stratégique, modèle d'analyse ou démarche théorique pour l'évaluation de l'implantation ? *Bulletin de la SQÉP*, 18(1), 22–29.
- Cadotte, J. (1996). *La planification stratégique et les priorités de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue: étude de cas*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec. Repéré à <http://depositum.uqat.ca/199/1/jeanninecadotte.pdf>
- CHUP-CDG. (2015a). Plan d'action 2015 du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle. Document inédit.
- CHUP-CDG. (2015b). Projet d'Établissement 2015-2019 du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle. Document inédit.
- CHUP-CDG. (2016). Projet de Plan d'Action 2017 du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle. Document inédit.

- Clemens-Carpiaux, A. (2005). La gestion du soin dans le management hospitalier : approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France. *Recherche en soins infirmiers*, 2(81), 6–20. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0006>
- Compagnon, L., Bail, P., Huez, J.-F., Stalnikiewicz, B., Ghasarossian, C., Zerbib, Y., ... Attali, C. (2013). Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*, 24(108), 148–155.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191–199. <https://doi.org/10.3917/spub.082.0191>
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38–52.
- Coudray, M.-A. (2008). La problématique des soins infirmiers aujourd'hui. *Recherche en soins infirmiers*, 2(93), 49–55. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0049>
- Coulon, R. (2011). Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion. Dans *22ème congrès de l'AGRH, Marrakech*. Maroc.
- Crommelynck, A., Degraeve, K., & Lefèbvre, D. (2013). L'organisation et le financement des hôpitaux. *Supplement to MC-Information*, 253, 1–44.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Defourny, J., & Failon, J. (2011). Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques. *Mondes en développement*, 153(1), 7. <https://doi.org/10.3917/med.153.0007>
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85–111). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur. Repéré à <http://classiques.uqac.ca>
- Djoumbé, E. (2008). *Le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité : cas de l'Hôpital Ibn Sina de Rabat*. Institut de Formation aux Carrières de Santé, Rabat, Maroc.

Repéré à http://www.polyvalentsss.sitew.com/fs/Root/8f3ys-role_de_l_infirmier_chef_dans_la_gestion_qualite.pdf

Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79–86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>

El Kouhail, K. (2008). *Évaluation de la mise en œuvre de la démarche qualité entreprise à l'hôpital Mohammed V de Meknès dans le cadre de la réforme hospitalière*. Institut National d'Administration Sanitaire, Maroc. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Inas/Memoires/massp/sp/2008/7504.pdf>

Ferguson, M. (2014). Améliorer la qualité des soins : quelle place pour la médiation ? *Santé conjugée*, (68), 81–85.

Ferréol, G. (Éd.). (2004). *Dictionnaire de sociologie* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.

Filion-Côté, M. (2014). *Les conceptions et préférences des infirmières quant aux modalités de l'organisation de leur travail*. Université de Montréal, Montréal. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11263/Filion-Cote_Marilys_2014_memoire.pdf

Fortin, F., Taggart, E., Kérouac, S., & Normand, S. (1988). *Introduction à la recherche: auto-apprentissage assisté par ordinateur*. Montréal : Décarie.

Franco, L. M., Silimperi, D. R., Veldhuyzen van Zanten, T., MacAulay, C., Askov, K., Bouchet, B., & Marquez, L. (2002). Pérenniser la qualité de soins de santé : l'institutionnalisation de l'assurance de qualité. Bethesda, MD. Repéré à <https://www.usaidassist.org>

Gardette, V. (2010). Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles.

Garnerin, P., Bovier, P., Chamot, E., Chastonay, P., Chopard, P., Herrmann, F., & Perneger, T. (2001). Qualité des soins. *Bulletin des médecins suisses*, 82(38), 2020–2024.

Gauthier, B. (2009). La structure de la preuve. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5^e éd., pp. 169–198). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gloaguen, E. (2001). *L'évolution du management des cadres infirmiers supérieurs: un enjeu pour le service de soins infirmiers*. Ecole

- Nationale de Santé Publique, Rennes, France. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/ig/gloaguen.pdf>
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3–17.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11^e éd.). Paris : Dalloz.
- Guénot, C. (2005). *L'amélioration continue de la qualité : un enjeu managérial pour le directeur des soins*. Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, France. Repéré à <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/ds/guenot.pdf>
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59–78.
- Hamel, J. (1997). *Études de cas et sciences sociales*. Paris-Montréal : L'harmattan.
- HAS. (2014). *Manuel de certification des établissements de santé V2010*. Paris : Haute Autorité de Santé.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 4, 1–20.
- Hien, P. C., & Compaoré, M. (Éds). (2006). *Histoire de Ouagadougou des origines à nos jours* (2^e éd.). Ouagadougou, Burkina Faso : Éditeur scientifique, DIST/CNRST.
- Hubinon, M. (2004). *Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*. Bruxelles : De Boeck.
- Hubinon, M., & Grimmiaux, V. (2002). Les indicateurs du département infirmier pour une gestion prévisionnelle. Repéré à <http://users.skynet.be>
- Hurlimann, C. (2001). Les principes généraux de la qualité : approche conceptuelle de la qualité des soins. *ADSP (AP-HP)*, 35, 23–28.
- ISO. (2015a). *Système de Management de la Qualité : exigences* (5^e éd.). Genève : International Organization for Standardization.
- ISO. (2015b). *Système de Management de la Qualité : principes essentiels et vocabulaire* (4^e éd.). Genève : International Organization for Standardization.

- Jacquerye, A., Douchamps, J., Monaco, B., Thayse, C., & Wolfs, C. (2004). Unité Gestion de la Qualité, des Risques et de la Sécurité des Patients dans les Institutions de Soins. Repéré à <http://www.ulb.ac.be>
- James, K. (2015). Groupe d'intérêts spéciaux en leadership : qu'est-ce que le leadership ? *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 25(1), 116–117.
- Javeau, C. (2005). *Leçons de sociologie* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Jounin, N., & Wolff, L. (2006). *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi. Repéré à <http://whitedinner.lu>
- Karna, M. (2012). *Infirmière-chef : acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins*. Montréal : Université de Montréal.
- Kleist, P. (2006). Quatre effets, phénomènes et paradoxes de la médecine : leur signification et leurs racines historiques. Dans *Forum Medical Suisse [Swiss Medical Forum]* (Vol. 6, pp. 1023–1027). Repéré à <https://medicalforum.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/smf/fr/fms.2006.06016/2006-46-194.pdf/>
- Labarre, K. (2007). *L'exercice du leadership transformationnel des infirmières-chefs et les facteurs organisationnels l'influençant dans le contexte des modifications à la pratique infirmière : une étude de cas*. Université Laval, Québec. Repéré à <http://theses.ulaval.ca>
- Letrilliart, L., Bourgeois, I., Vega, A., Cittée, J., & Lutsman, M. (2009). Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : de «Maladie» à «Verbatim». *Exercer la revue française de médecine générale*, 88(20), 106–112.
- Livian, Y.-F. (2004). Les structures organisationnelles. Dans E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Éds), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 335–358). Nancy : Presses Universitaires de Nancy. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00560059>
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives, Hors-Série*(2), 5–17.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *BMJ : British Medical Journal*, 311(6997), 109-112.
- Mbengue, A., & Vandangeon-Derumez, I. (1999). Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique. Dans

communication à la conférence de l'AIMS (p. 22). Repéré à <http://f.hypotheses.org>

Ministère de la Santé. (2003). Programme National d'Assurance Qualité en Santé. Burkina Faso.

Ministère de la Santé. (2011). Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020. Burkina Faso.

Ministère de la Santé, & JICA. (2016). Guide de formation sur la stratégie 5S Kaizen TQM. Burkina Faso.

Mintzberg, H. (2004). *Le management : voyage au centre des organisations* (2^e éd.). Paris : Éditions d'Organisation.

Moulin, G. (2012). *La résistance au changement : de quelle manière l'infirmier en chef peut-il y faire face ?* Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale de la communauté française, Tournai.

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, (1), 71–109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>

Pelaccia, T., & Paillé, P. (2011). La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. *Pédagogie Médicale*, 12(3), 179–192. <https://doi.org/10.1051/pmed/2011021>

Peyré, P. (2006). La fonction cadre de santé : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui. Dans *Congrès de l'Association Française des Sciences du Système, Pau* (p. 10). Repéré à <http://afscet.asso.fr>

Phaneuf, M. (2012). Qualité et continuité des soins. Repéré à www.infiressources.ca/.../Qualite_continuite_soins.pdf

Phaneuf, M. (2013). Le leadership infirmier entre humanisme et pragmatisme. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-leadership-infirmier-entre-humanisme-et-pragmatisme.pdf>

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113–169). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur. Repéré à <http://classiques.uqac.ca>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Repéré à

<https://books.google.fr/books?id=5g6VttYWnjUC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>

- Pomey, M.-P., Denis, J.-L., & Contandriopoulos, A.-P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 183–194.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. van. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales* (3^e éd.). Paris : Dunod.
- Renault, C. (2002). *Après la visite d'accréditation : le directeur de soins et la pérennisation des démarches qualité*. Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, France. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr>
- Rocher, G. (1968a). *Introduction à la sociologie générale : l'action sociale*. Montréal : Éditions HMH, Ltée.
- Rocher, G. (1968b). *Introduction à la sociologie générale : l'organisation sociale*. Montréal : Éditions HMH, Ltée.
- Rogard, V. (2004). Leadership, management et gestion ? Dans E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Éds), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 451–466). Nancy : Presses Universitaires de Nancy. Repéré à http://eric.brangier.free.fr/Pdf/Brangier_Robert_ErgoInnovation.pdf
- Rojas, Y. R., & Rojas, D. C. (2012). Apport des systèmes de gestion de la qualité à la sécurité du patient : revue internationale. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(3), 205–214. <https://doi.org/10.3917/pos.433.0205>
- Roy, N. S. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5^e éd., pp. 199–225). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rubin, H. R., Pronovost, P., & Diette, G. B. (2001). The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 469–474.
- Rusterholtz, T., Hachelaf, M., & Assez, N. (2014). Définitions et champs d'application de l'évaluation. Dans G. Debaty & C. El Khoury (Éds), *Guide des outils d'évaluation en médecine d'urgence* (pp. 1–19). Paris : Springer-Verlag France. Repéré à <http://hopitalsudgironde.e-monsite.com>

- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5^e éd., pp. 337–360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Sawadogo, J. (2005). *Adaptation et validation de contenu de normes et de critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso*. Université de Montréal, Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca>
- Schaller, P., & Gaspoz, J. M. (2008). Continuité, coordination. *Rev Med Suisse*, 4, 2034–2039.
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., Osborn, R. N., & Billy, C. (2002). *Comportement humain et organisation* (2^e éd.). France : ERPI. Repéré à <https://www.researchgate.net>
- Schiltz, L. (2006). Grilles d'analyse de contenu basées sur l'approche phénoménologico-structurale. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, 2, 265–280.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press. Repéré à <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=rQWT5aDHiZYC&oi=fnd&pg=PT21&dq=Stake,+2006,+Multiple+case+study+analysis&ots=IGeUJyCuwj&sig=m28Q8-ENRtHW4HNczzMdbMpNbSM#v=onepage&q=Miles&f=false>
- Thiétart, R.-A., & al. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4^e éd.). Paris : Dunod. Repéré à <https://www.dunod.com>
- Thoumy, M. (2013). *L'interaction entre le système de gestion de performance et le système de gestion de qualité dans les centres hospitaliers universitaires*. HEC Montréal, Montréal. Repéré à <http://biblos.hec.ca>
- Turcotte, A. (2012). *Processus de facilitation d'une pratique réflexive, de type codéveloppement, auprès d'infirmières pivots en oncologie et son influence sur leur pratique professionnelle*. Université de Montréal (Canada), Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca>
- Veillette-Bourbeau, L. (2013). *Analyse de l'implantation d'une innovation en prévention du VIH : le dépistage rapide en milieu communautaire gai*. Université de Montréal, Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca>
- Vinot, D. (2008). Le leadership clinique face aux changements de pratiques : des paradoxes aux perspectives. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 217–226.

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information du participant

Contexte, but et objectif de l'étude

Dans le cadre du management des unités de soins hospitaliers, une étude de fin de formation professionnelle est envisagée au CHUP-CDG. Un devis qualitatif de type étude de cas multiples, holistique, à un seul niveau d'analyse a été adopté. Le but de l'étude est de contribuer au renforcement du leadership du Surveillant d'Unité de Soins (SUS) dans l'amélioration de la qualité des soins. L'objectif général est de comprendre l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. Au terme de l'étude, les conclusions pourraient servir aux responsables et aux managers des unités administratives et de santé du CHUP-CDG, aux professionnels de santé, aux chercheurs, aux étudiants, aux patients et aux usagers de l'établissement de santé, soucieux de l'amélioration de la qualité des soins.

Conditions de participation à l'étude

La participation à l'étude est libre et volontaire. L'enquête consiste en la collecte de données, incluant des informations personnelles et des renseignements sur les méthodes et habitudes de travail des personnes impliquées dans le management des unités de soins au CHUP-CDG. Tout participant peut se retirer de l'enquête à tout moment, sans avoir à fournir de raison et sans conséquence sur les plans professionnel et personnel. Les données enregistrées à l'occasion de l'enquête feront l'objet d'un traitement anonyme informatisé. Le participant a un droit d'accès et de rectification aux informations nominatives le concernant. Les résultats des entretiens et les informations colligées durant l'enquête resteront **strictement confidentiels**.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et l'intérêt porté à l'étude !

Annexe 2 : Formulaire de consentement libre et éclairé

Je soussigné
 accepte participer librement et volontairement à l'étude : « L'influence du
 Surveillant d'Unité de Soins dans l'amélioration de la qualité des soins au
 CHUP-CDG » conduite par Mr PAFADNAM Yacouba, étudiant en Master 2
 Sciences Infirmières à l'Institut de Formation et de Recherche
 Interdisciplinaires en Santé, sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin.
 Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de réalisation de l'étude.

Conditions de l'enquête

Il m'a été clairement précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de
 participer à l'étude. Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai compris les
 informations sur le but, les objectifs, les conditions, la durée de l'étude et ses
 contraintes. J'ai eu aussi la possibilité de poser toutes les questions
 nécessaires à mon information et recevoir des réponses claires et précises.
 J'ai été informé (e) que ma participation à l'étude comprenait la collecte de
 données, incluant des informations personnelles et des renseignements sur
 les méthodes et habitudes travail des personnes impliquées dans le
 management des unités de soins au CHUP-CDG. Je suis conscient (e) que
 je peux me retirer de l'enquête à tout moment, sans avoir à fournir de raison
 et sans encourir des désagréments sur les plans professionnel et personnel.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de l'entrevue puissent
 faire l'objet d'un traitement anonyme informatisé. J'ai pris connaissance de
 mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me
 concernant. Toutes les entrevues, les données, les informations et tous les
 renseignements obtenus à l'occasion resteront **strictement confidentiels**.

Fait à Ouagadougou, le

Nom et signature, précédés de la mention « **lu et approuvé** ».

Annexe 3 : Guide d'entrevue


Thème de recherche : L'influence du Surveillant d'Unité de Soins dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG.

Exposé introductif

Bonjour ! Je m'appelle PAFADNAM Yacouba. Je suis étudiant en Master 2 Sciences Infirmières à l'IFRISSE, sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin. Je conduis une étude de fin de formation professionnelle dont le thème est « L'influence du Surveillant d'Unité de Soins dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG ». Son but est de contribuer au renforcement du leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. L'objectif général est comprendre l'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG. C'est à ce sujet que nous menons cette entrevue individuelle enregistrée, d'une durée d'environ 1 heure à 1 heure 30 minutes. Les informations que nous allons collecter feront l'objet d'un traitement anonyme informatisé et elles resteront strictement confidentielles. Votre participation à l'étude est libre et volontaire. Vous pouvez interrompre l'entrevue à tout moment, sans avoir à fournir de raison et sans encourir des désagréments sur les plans professionnel et personnel. Cependant, j'espère que vous accepterez participer pleinement à l'enquête car votre opinion sur le sujet est très importante pour notre étude.

Avez-vous des questions d'éclaircissement à poser ? Oui ☐ ... Non ☐ ...
Si oui, lesquelles ?.....

Pouvons-nous commencer l'entrevue ? Oui ☐ ... Non ☐ ...

 Si non, merci pour le temps accordé. Fin de l'entrevue.

 Si oui, nous vous remercions pour votre disponibilité.

Section 1 : Informations générales

Date de l'entrevue :

Lieu de l'entrevue :

Heure de début : Heure de fin :

Numéro de l'enquête :

Fonction / qualification :

Ancienneté dans la fonction :

Section 2 : Rôles du Surveillant d'Unité de Soins dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG

Que pensez-vous du rôle joué par le SUS dans l'amélioration de la qualité des soins dans son unité de soins, à travers les activités suivantes :

- 2.1. La planification des activités ;
- 2.2. L'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste ;
- 2.3. La formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires ;
- 2.4. La gestion des ressources, y compris l'information ;
- 2.5. Le suivi de la traçabilité des soins ;
- 2.6. La vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences ;
- 2.7. L'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel ;
- 2.8. La mise en place des actions d'amélioration.

Section 3 : Influence du leadership du Surveillant d'Unité de Soins dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG

Selon vous, comment le leadership du SUS contribue à l'amélioration de la qualité des soins dans son unité de soins, à travers :

- 3.1. La prise de décision au sein de l'unité de soins ;
- 3.2. La mobilisation et la motivation des équipes de soins ;
- 3.3. La construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins.

Merci de votre collaboration !

Annexe 4 : Grille d'analyse des données

Thème de recherche	L'influence du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG
Code 1	<i>Les rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG</i>
Sous code 1	La planification des activités
Sous code 2	L'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste
Sous code 3	La formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires
Sous code 4	La gestion des ressources, y compris l'information
Sous code 5	Le suivi de la traçabilité des soins
Sous code 6	La vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences
Sous code 7	L'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles du personnel
Sous code 8	La mise en place des actions d'amélioration
Code 2	<i>Le leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins au CHUP-CDG</i>
Sous code 1	La prise de décision au niveau de l'unité de soins
Sous code 2	La mobilisation et la motivation des équipes de soins
Sous code 3	La construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins

Annexe 5 : Avis favorable du Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURS, DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

COMITE D'ETHIQUE POUR
LA RECHERCHE EN SANTE

DELIBERATION N° 2017-6-088

1. TITRE DE LA RECHERCHE

«Le Surveillant d'unité de soins, acteur clé du système hospitalier et qualité des soins »

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Version de mai 2017

3. DOCUMENTATION

Protocole de recherche
Copie reçu de paiement

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Co-directeur de mémoire : Abdoulaye SO
Etudiant : PAFADNAM Yacouba

5. SITE DE LA RECHERCHE

Burkina Faso

6. DATE DE LA DELIBERATION

07 juin 2017

7. ELEMENTS EXAMINES

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé et note d'information;
- Budget de la recherche ;
- CVs

8. OBSERVATIONS

- le titre de l'étude n'est pas explicite, le revoir et préciser ;
- compléter la note d'information en mentionnant le risque pour le participant à l'étude.

9. MEMBRES AYANT SIEGE

- Dr Séni KOUANDA ;
- Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE;
- Mr Mathias SAM;
- Dr R. Frank Edgard Zongo
- Dr. Maminata TRAORE
- Dr Dieu-donné OUEDRAOGO
- Dr. W. Pierre YAMEOGO
- Dr FLA Koueta
- Dr Clotaire NANGA

10. AVIS DU COMITE

Favorable

11. RESERVES

12. RECOMMANDATIONS

Ouagadougou, le 07 juin 2017

Le Rapporteur



Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE

Le Président



Pr. Séni KOUANDA, Directeur de recherche
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Annexe 6 : Autorisation d'enquête du CHUP-CDG

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL



Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique
Charles de Gaulle (CHUP-CDG)
BP 1198 – Ouagadougou – 01
Tél. – (226) 25 36 67 76 – Fax – (226) 25 36 67 80
E-Mail – chup-cdg@fasonet.bf

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

000798
N°2017

MS/SG/CHUP-CDG/DG/DRH/SRF

Ouagadougou, le

23 MAI 2017

Le Directeur Général Par. Intérim

A

Monsieur le Directeur de l'Institut de Formation et de
Recherche Interdisciplinaires en Santé

Objet : Autorisation d'enquête.

Réf : V/L du 05/05/2017

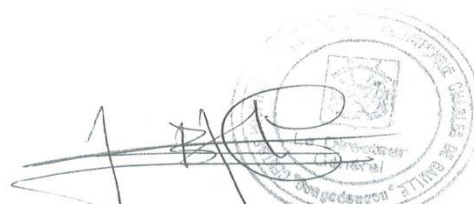
J'accuse réception de votre demande citée en référence dans laquelle vous sollicitez une autorisation d'enquête au profit de l'étudiant **PAFADNAM Yacouba**, dans le cadre de l'élaboration de son mémoire de fin d'étude dont le thème est « *Le surveillant d'unité de soins acteur clé pour assurer la qualité des hospitaliers* ».

Par la présente, je vous informe que je marque mon accord pour la réalisation de ladite enquête dans le respect de l'éthique de notre établissement.

Pour les modalités pratiques, vous voudriez donc inviter l'intéressé à prendre attache avec *Madame le professeur Diarra YE, chef de service de la pédiatrie médicale*.

Je vous informe par ailleurs qu'au terme de son travail, l'étudiant doit déposer deux (02) exemplaires du document à la bibliothèque du CHUP-CDG.

Tout en vous souhaitant bonne réception, recevez, monsieur, mes sincères salutations.


N. Innocent BALIMA
Chevalier de l'Ordre Nationale

Avi favorable

voir avec Comptoir Théophile
DSI






TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I - LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	3
1. Définition du problème de recherche	3
2. Question de recherche	5
3. Objectifs de recherche	6
3.1. L'objectif général de recherche	6
3.2. Les objectifs spécifiques de recherche	6
4. Propositions théoriques de recherche	6
4.1. La première proposition théorique	6
4.2. La deuxième proposition théorique	6
CHAPITRE II - LA RECENSION DES ÉCRITS	7
1. Approches conceptuelles de la qualité des soins	7
1.1. Les caractéristiques des soins	7
1.2. La qualité des soins	9
1.3. La démarche qualité	11
2. Rôles du Surveillant d'Unité de Soins dans la gestion de l'unité	16
2.1. La gestion globale de l'unité de soins	16
2.2. La promotion d'une prise en charge de qualité du patient	17
2.3. La réalisation d'une communication au sein et en dehors de l'unité	18
2.4. Le rôle d'interface avec l'environnement de l'unité de soins	18
2.5. Un rôle de formateur et de personne ressource pour le personnel	20
2.6. La gestion du matériel et de l'équipement	21
2.7. Un agent intervenant dans la construction de la culture de l'unité	21
3. Organisation hospitalière et gouvernance clinique	25
3.1. Les mécanismes de coordination de la structure organisationnelle	25
3.2. L'organisation hospitalière	26
3.3. La gouvernance clinique	30
CHAPITRE III – LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	33
1. Historique et situation géographique du CHUP-CDG	33
1.1. L'historique du CHUP-CDG	33
1.2. La situation géographique du CHUP-CDG	33
2. Organisation administrative et technique du CHUP-CDG	34
2.1. Les directions du CHUP-CDG	34
2.2. Les services de la DHQS	34
3. Capacité d'accueil du CHUP-CDG	35

4. Fonctionnement du CHUP-CDG	36
4.1. Les missions du CHUP-CDG	36
4.2. Les prestations de soins cliniques au CHUP-CDG	37
4.3. La fonction du Surveillant d'Unité de Soins au CHUP-CDG	38
4.4. La dispensation des soins infirmiers au CHUP-CDG	38
CHAPITRE IV - L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	40
1. Devis de recherche	40
2. Échantillonnage	41
2.1. La population d'étude	41
2.2. La population échantillonnée	41
3. Outils et techniques de collecte des données	42
4. Opérationnalisation des concepts	44
4.1. L'amélioration de la qualité des soins	44
4.2. Les rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	44
4.3. Le leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	44
5. Déroulement de l'enquête	46
6. Procédures d'analyse des données	47
7. Critères de scientificité de l'étude	47
7.1. La validité du construit	48
7.2. La validité interne	48
7.3. La validité externe	51
8. Éthique de la recherche	51
CHAPITRE V - LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	53
1. Caractéristiques des participants à l'étude	53
2. Rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	54
2.1. La planification des activités de l'unité de soins	54
2.2. L'élaboration et la mise en place des protocoles, des procédures et des fiches de poste	56
2.3. La formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires	59
2.4. La gestion des ressources, y compris l'information	61
2.5. Le suivi de la traçabilité des soins	64
2.6. La vérification de l'exécution des activités techniques selon les normes, les méthodes et les exigences	65
2.7. L'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles	66
2.8. La mise en place des actions d'amélioration	69
3. Leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	70
3.1. La prise de décisions au sein de l'unité de soins	70
3.2. La mobilisation et la motivation des équipes de soins	72
3.3. La construction de la culture organisationnelle de l'unité de soins	73

4. Synthèse des résultats	74
5. Vérification des propositions théoriques de recherche	76
5.1. La première proposition théorique de recherche	76
5.2. La deuxième proposition théorique de recherche	76
6. Cadre conceptuel d'amélioration de la qualité des soins applicable au CHUP- CDG	77
CHAPITRE VI – LA DISCUSSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE	79
1. Discussion des résultats	80
1.1. Les rôles du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	80
1.2. Le leadership du SUS dans l'amélioration de la qualité des soins	84
2. Limites de l'étude	86
3. Forces de l'étude	88
CONCLUSION	89
RÉFÉRENCES	91
ANNEXES	xiv
Annexe 1 : Note d'information du participant	xiv
Annexe 2 : Formulaire de consentement libre et éclairé	xv
Annexe 3 : Guide d'entrevue	xvi
Annexe 4 : Grille d'analyse des données	xviii
Annexe 5 : Avis favorable du Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé	xix
Annexe 6 : Autorisation d'enquête du CHUP-CDG	xxi
TABLE DES MATIÈRES	xxii