

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

* * * * *

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE : 2007

N°: 05

***DE L'ANALYSE DE L'EXISTANT À
L'ÉLABORATION D'UN SYSTÈME QUALITÉ
AU SEIN D'UNE PHARMACIE HOSPITALIÈRE :
« Expérience de la pharmacie centrale
de l'hôpital universitaire et international
Cheikh Zaid de Rabat »***

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 24 MAI 2007

PAR

Mlle LOUBNA RACHID

Née le 17 Mai 1980 à Rabat (MAROC)

MEMBRES DU JURY

Président :	M.	Babacar	Faye	: Professeur
Membres :	M.	Cheikh Saad-Bouh	BOYE	: Professeur
	M.	Mamadou	BADIANE	: Maître de conférences
	M.	Yérin Mbagnick	DIOP	: Maître de conférences
Directeur de Thèse :	M.	Cheikh Saad-Bouh	BOYE	: Professeur
Codirecteur :	M.	Omar	BOUAZZA	: Docteur en pharmacie

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDCINE DE PHARMACIE

ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

DECANAT & DIRECTION

DOYEN

M. CHEIKH S. B. BOYE

PREMIER ASSESSEUR

M. ABDARAHMANE DIA

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MALICK SEMBENE

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

M. AMADOU TIDIANE LY

Dakar, le 11 décembre 2006

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006–2007

I. MEDECINE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. José Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie
M. Mamadou	BA	Pédiatrie
M. Mamadou	BA	Urologie
M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
M. Moussa	BADIANE	Radiologie
M. Seydou Boubakar	BADIANE	Neurochirurgie
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Fallou	CISSE	Physiologie
M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
M. Abdarahmane	DIA	Anatomie-Chirurgie Générale
M. Baye Assane	DIAGNE	Urologie
M. Lamine	DIAKHATE	Hématologie
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Bernard Marcel	DIOP	Maladies Infectieuses
M. EL Hadj Malick	DIOP	O-R-L
MmeThérèse MOREIRA	DIOP	Médecine Interne
M. Alassane	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
M. Raymond	DIOUF	O.R.L
M. Souvasin	DIOUF	Orthopédie-Traumatologie
M. Babacar	FALL	Chirurgie Générale
M. Ibrahima	FALL	Chirurgie Pédiatrique
Mme Sylvie SECK	GASSAMA	Biophysique
M. Oumar	GAYE	Parasitologie
M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. Momar	GUEYE	Psychiatrie
*M. Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M. Abdoul Almamy	HANE	Pneumophthisiologie
*M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Victorino	MENDES	Anatomie Pathologique
M. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie-Obstétrique
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie Orthopédie
Traumato		
M. Bassirou	NDIAYE	Dermatologie
M. Ibrahima Pierre	NDIAYE	Neurologie
*M. Madoune Robert	NDIAYE	Ophtalmologie
M. Mouhamadou	NDIAYE	Chirurgie Thoracique&Cardio-vasculaire
M. Mouhamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie

Mme Mbayang	NIANG	NDIAYE	Physiologie
M. Papa Amadou		NDIAYE	Ophtalmologie
*M. Mamadou		NDOYE	Chirurgie Infantile
*M. Youssoupha		SAKHO	Neurochirurgie
Mme Bineta	KA	SALL	Anesthésie-Réanimation
M. Mohamadou Guélaye		SALL	Pédiatrie

* Associé

M. Niama	DIOP	SALL	Biochimie Médicale
M. Abdoulaye		SAMB	Physiologie
M. Abibou		SAMB	Bactériologie-virologie
M. Moustapha		SARR	Cardiologie
M. Mamadou		SARR	Pédiatrie
§Mme Awa Marie	COLL	SECK	Maladies Infectieuses
M. Seydina Issa Laye		SEYE	Orthopédie-Traumatologie
M. Abdourahmane		SOW	Maladies Infectieuses
M. Ahmad Iyane		SOW	Bactériologie-Virologie
M. Housseyn Dembel		SOW	Pédiatrie
M. Mamadou Lamine		SOW	Médecine Légale
*M Pape Salif		SOW	Maladies Infectieuses
Mme.Haby	SIGNATE	SY	Pédiatrie
M. Mouhamadou Habib		SY	Orthopédie-Traumatologie
M. Cheickna		SYLLA	Urologie
M. Doudou		THIAM	Hématologie
*M. Cheikh Tidiane		TOURE	Chirurgie Générale
M. Meïssa		TOURE	Biochimie Médicale
M. Alassane		WADE	Ophtalmologie.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Mohamed Diawo		BAH	Gynécologie-Obstétrique
M. Boubacar		CAMARA	Pédiatrie
M. Jean Marie		DANGOU	Anatomie et Cytologie Patholog.
Mme Anta	TAL	DIA	Médecine Préventive
*M Ibrahima		DIAGNE	Pédiatrie
*M. Massar		DIAGNE	Neurologie
M. Djibril		DIALLO	Gynécologie Obstétrique
*+M. Issakha		DIALLO	Santé Publique
*M. Mame Thierno		DIENG	Dermatologie
M. Yémou		DIENG	Parasitologie
M. El Hadj Ibrahima		DIOP	Orthopédie-Traumatologie
M. Ibrahima Bara		DIOP	Cardiologie
M. Mamadou		DIOP	Anatomie
M. Saïd Norou		DIOP	Médecine Interne
Mme. Elisabeth		DIOUF	Anesthésiologie-Réanimation

M. Mamadou Lamine		DIOUF	Hépatologie / Gastro-Entérologie
M. Saliou		DIOUF	Pédiatrie
+ Mme. Mame Awa		FAYE	Maladies Infectieuses
M. Oumar		FAYE	Parasitologie
Mme Gisèle	WOTO	GAYE	Anatomie Pathologique
M. Assane		KANE	Dermatologie
*M. Mouhamadou		MBENGUE	Hépatologie / Gastro-Entérologie
*M. Claude		MOREIRA	Pédiatrie
M. Issa		NDIAYE	O.R.L
M. Ousmane		NDIAYE	Pédiatrie
M. Alain Khassim		NDOYE	Urologie
M. Abdou		NIANG	CM / Néphrologie
M. El Hadji		NIANG	Radiologie

+ Disponibilité

* Associé

§ Détachement

M. EL Hassane	SIDIBE	Endocrinologie-Métabolisme Nutrition-
Diabétologie		
*M. Masserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses
M. Omar	SYLLA	Psychiatrie
M. Alé	THIAM	Neurologie

MAITRES-ASSISTANTS

Mme Fatou	Diallo	AGNE	Biochimie Médicale
Mme Aïssata	LY	BA	Radiologie
M. EL Hadj Amadou		BA	Ophtalmologie
Mme Mariama	GUEYE	BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Momar Codé		BA	Neurochirurgie
Mme Ndèye Méry	DIA	BADIANE	Maladies Infectieuses
M. Mamadou Diarrah		BEYE	Anesthésie-Réanimation
M. El Hadj Souleymane		CAMARA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Mariama Safiétou	KA	CISSE	Médecine Interne
M. André Vauvert		DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
M. Ahmadou		DEM	Cancérologie
M. Bay Karim		DIALLO	O.R.L
M. Saïdou		DIALLO	Rhumatologie
* M. Babacar		DIAO	Urologie
M. Maboury		DIAO	Cardiologie
M. Alassane		DIATTA	Biochimie Médicale
M. Charles Bertin		DIEME	Orthopédie-traumatologie
M. Madieng		DIENG	Chirurgie Générale
M. Saliou		DIOP	Hématologie
Mme. Sokhna	BA	DIOP	Radiologie
Mme Fatou	SENE	DIOUF	Neurologie
Mme Awa Oumar	TOURE	FALL	Hématologie

Mme Mame Coumba GAYE	FALL	Médecine Légale
M. Pape Ahmed	FALL	Urologie
M. Oumar	FAYE	Histologie-Embryologie
Mme Ndèye Ramatoulaye Diagne	GUEYE	Pédiatrie
M. EL Hadj Fary	KA	Clinique Médicale/Néphrologie
M. Oumar	KANE	Anesthésie-Réanimation
*M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie Générale
M. Abdoulaye	LEYE	Clinique Médicale / Médecine
Interne		
Mme Aminata DIACK	MBAYE	Pédiatrie
Mme Ndèye Maïmouna NDOUR	MBAYE	Médecine Interne II
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
+ M. Philipe Marc	MOREIRA	Gynécologie
M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie
* M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
*M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Jean Marc Ndiaga	NDOYE	Anatomie
Mme Marie DIOP	NDOYE	Anesthésie-Réanimation
M. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie

* Associé

+ Disponibilité

M. Oumar	NDOYE	Biophysique
M. Gabriel	NGOM	Chirurgie Infantile
Mme Suzanne Oumou	NIANG	Dermatologie
M. Abdoulaye	POUYE	CM / Médecine Interne
Mme Paule Aïda NDOYE	ROTH	Ophtalmologie
Mme Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Générale
Mme Anna	SARR	Médecine Interne
M. Doudou	SARR	Psychiatrie
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie Médicale
M. Amadou Makhtar	SECK	Psychiatrie
M. Gora	SECK	Physiologie
M. Moussa	SEYDI	Maladies Infectieuses
Mme Hassanatou TOURE	SOW	Biophysique
Mme Aïda	SYLLA	Psychiatrie
M. Abdourahmane	TALL	O.R.L
M. Mamadou Habib	THIAM	Psychiatrie
M. Silly	TOURE	Stomatologie
Mme Aïssatou Magatte	WANE	Ophtalmologie
M. Issa	WONE	Médecine Préventive

ASSISTANTS

Mme Nafissatou	Ndiaye	BA	Anatomie Pathologique
M.	Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M.	Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M.	Dialo	DIOP	Bactériologie-Virologie
M.	Babacar	FAYE	Parasitologie
M.	Assane	NDIAYE	Anatomie
M.	Jean Louis Abdourahim	NDIAYE	Parasitologie
M.	Mor	NDIAYE	Médecine Légale
*M.	Ibrahima	SECK	Médecine Préventive
M.	Kamadore	TOURE	Médecine Préventive

CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

M.	Idrissa	BA	Psychiatrie
M.	Amadou Gabriel	CISS	Chirurgie Thoracique & cardiovasc.
M.	Mamadou	CISSE	Chirurgie Générale
M.	Mamadou Lamine	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
Mme	Mame Salimata DIENE	COLY	Neurochirurgie
M.	Mamadou	COUME	Médecine Interne
M.	Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M.	Daouda	DIA	Médecine Interne I
M.	Oumar	DIARRA	Chirurgie Générale
M.	Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
* M.	Mamadou Moustapha	DIENG	Cancérologie
* Mme	Marie Edouard Faye	DIEME	Gynécologie-Obstétrique
M.	Pape Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
M.	Rudolph	DIOP	Stomatologie

* Associé
& Détachement

Mlle	Sylvie Audrey G.	DIOP	Maladies Infectieuses
M.	Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
M.	Lamine	FALL	Pédopschyatrie
M.	Pape Macoumba	GAYE	Cancéro-radiothérapie
M.	Ousmane	KA	Chirurgie Générale
Mme	Roughyatou	KA	Bactériologie
M.	Adama	KANE	Cardiologie
Mme	Yacine	DIA	Pneumologie

Mme Fatimata	LY	Dermatologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Magatte	MBAYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Amadou Koura	NDAO	Neurologie
*M. Malick	NDIAYE	O.R.L
Mme Marième	NDIAYE	Psychiatrie
M. Souhaïbou	NDONGO	Médecine Interne I
M. Lamine	NIANG	Urologie
Mme Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
M. Jean Claude François	SANE	Orthopédie-Traumatologie
Mme Fatou Samba D. NDIAYE	SENE	Médecine Interne
M. Assane	SYLLA	Pédiatrie
M. Alioune Badara	THIAM	Neurochirurgie
Mme Nafissatou Oumar	TOURE	Pneumologie

ATTACHES CHEFS DE CLINIQUE

ATTACHES-ASSISTANTS

Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie Pathologique
M. Lamine	MANE	Anatomie
M. Aynina	NDIAYE	Anatomie
M. Boucar	NDONG	Biophysique
Mme Fatou Bintou SAR	SARR	Physiologie
M. Mohamed Maniboliot	SOUMAH	Médecine légale

*Associé

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Emmanuel	BASSENE	Pharmacognosie et Botanique
M. Cheikh Saad Bouh	BOYE	Bactériologie-Virologie
*M. Aynina	CISSE	Biochimie Pharmaceutique
Mme Aïssatou Gaye	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
M. Pape Amadou	DIOP	Biochimie Pharmaceutique
M. Amadou	DIOUF	Toxicologie
* M. Babacar	FAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Issa	LO	Pharmacie Galénique
* M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie-Virologie
* M. Omar	NDIR	Parasitologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Mounirou	CISS	Toxicologie
Mme Aminata SALL	DIALLO	Physiologie Pharmaceutique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
*M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Yérim Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Bara	NDIAYE	Chimie Analytique
Mme. Philomène LOPEZ	SALL	Biochimie Pharmaceutique
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique

MAITRES-ASSISTANTS

Melle Issa Bella	BAH	Parasitologie
MelleThérèse	DIENG	Parasitologie
M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique & Chimie Organique
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
M. Modou	LO	Botanique
Mme Aïssatou GUEYE	NDIAYE	Bactériologie-Virologie
*M. Augustin	NDIAYE	Physique Pharmaceutique
*M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
Mme Maguette D.SYLLA	NIANG	Biochimie Pharmaceutique
Mme Rita B.	NONGONIERMA	Pharmacognosie
M. Mamadou	SARR	Physiologie Pharmaceutique
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Alassane	WELE	Chimie Physique

ASSISTANTS

Mme Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Biochimie Pharmaceutique
M. William	DIATTA	Botanique
M. Ahmédou Bamba K.	FALL	Pharmacie Galénique

* Associé

M. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
Mme Roughyatou	KA	Bactériologie-Virologie
M. Modou Oumy	KANE	Physiologie Pharmaceutique
M. Pape Madieye	GUEYE	Biochimie Pharmaceutique
M. Gora	MBAYE	Physique Pharmaceutique
M. Daouda	NDIAYE	Parasitologie
M. Idrissa	NDOYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
Mme Awa Ndiaye	SY	Pharmacologie & Pharmacodynamie

ATTACHES

Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique
M. Amadou	DIOP	Chimie Analytique
M. Djiby	FAYE	Pharmacie Galénique
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
M. Serigne Oumar	SARR	Chimie Analytique

* Associé

III. CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEUR TITULAIRE

&Mme Ndioro Sociale	NDIAYE	Odontologie Préventive et
* M. Boubacar	DIALLO	Chirurgie Buccale
M. Papa Demba	DIALLO	Parodontologie
M. Malick	SEMBENE	Parodontologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

&Mme Charlotte FATY	NDIAYE	Chirurgie Buccale
---------------------	--------	-------------------

MAITRES ASSISTANTS

Mme Aïssatou	TAMBA	BA	Pédodontie - Prévention
Mme Khady	DIOP	BA	Orthopédie Dento - Faciale
M. Henri Michel		BENOIST	Parodontologie
M. Daouda		CISSE	Odontologie Préventive et Sociale
*M. Falou		DIAGNE	Orthopédie Dento-Faciale
Mme Adam Marie SECK		DIALLO	Parodontologie
Mme Fatou		DIOP	Pédodontie - Prévention
M. Malick		FAYE	Pédodontie
Melle Fatou		GAYE	Odontologie Conservatrice
Endodontie			
M. Abdoul Wahab		KANE	Odontologie Conservatrice
Endodontie			
*M. Pape Ibrahima		NGOM	Orthopédie Dento - Faciale
*M. Mohamed Talla		SECK	Prothèse Dentaire
Mme Soukèye	DIA	TINE	Chirurgie Buccale
M. Babacar		TOURE	Odontologie Conservatrice
Endodontie			
M. Abdoul Aziz		YAM	Pédodontie - Prévention

ASSISTANTS

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Khaly	BANE	Odontologie Conservatrice
Endodontie		
Mme Bineta Cathérine G.	BARRY	Chirurgie Buccale
M. Khalifa	DIENG	Odontologie Légale
*M. Lambane	DIENG	Prothèse Dentaire
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Massamba	DIOUF	Odontologie Préventive et
Sociale		
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice
Endodontie		

M. Daouda	FAYE	Odontologie Préventive et
Sociale		
Mme Fatou	LEYE	Odontologie Conservatrice
Endodontie		
M. Cheikh Mouhamadou M.	LO	Odontologie Préventive et
Sociale		
*M. Malick	MBAYE	Odontologie Conservatrice
Endodontie		
M. El Hadj Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Edmond	NABHANE	Prothèse Dentaire
M. Cheikh	NDIAYE	Prothèse Dentaire
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
Mme Farimata Youga DIENG	SARR	Matières Fondamentales
M. Mouhamed	SARR	Odontologie Conservatrice
Endodontie		
M. Saïd Nourou	TOURE	Prothèse Dentaire

* Associé
& Détachement

ATTACHES

Mme Mame Coumba	GUEYE	Odontologie Pédiatrique
M. Alpha	KOUNTA	Chirurgie Buccale
M. Oumar Harouna	SALL	Matières Fondamentales

AU BON DIEU TOUT PUISSANT

*Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue*

LOUANGES ET REMERCEMENTS

*Louange à Dieu, Seigneur des mondes, et que sa grâce et sa paix
soient sur son messager ainsi que sur sa famille, ses compagnons
et ceux qui les suivent vertueusement jusqu'au jour de la
résurrection.*

*Louange à Dieu, je ne cesserai de le répéter, qui nous a fait
partie des musulmans et de la oumma de Mohamed (paix et
salut de Dieu sur lui). Que ce travail serve à sa cause.*

Amen.

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, le respect et la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que...

JE DEDIE CETTE THESE

A mon papa chéri,

*J'ai toujours attendu avec une grande impatience ce jour où de
manière solennelle et devant l'ensemble de mes maîtres,
condisciples et amis, je te témoignerai de toute la gratitude d'une
fille qui s'est toujours vantée de t'avoir comme père.*

*Aucune dédicace ne saurait traduire mon amour, mon respect,
mon affection et ma considération pour toi.*

*Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, le
meilleur conseiller et le flambeau qui illumine mon chemin.*

*Tu m'as enseigné les principes et les règles les plus sacrés et les
plus corrects.*

*Tu m'as appris la rigueur, la conscience et le dévouement
professionnel.*

*Sans tes précieux conseils, tes prières, ta générosité et ton
dévouement, je n'aurais pu surmonter le stress de ces longues
années d'études.*

*Ce travail, et ce que je suis aujourd'hui, sont le fruit de toutes
tes peines et tous les sacrifices que tu n'as cessé de déployer.*

*Puisse Dieu te procurer bonheur, santé, longue vie et te garder à
mes côtés le plus longtemps possible.*

A ma maman adorée,

Aucune dédicace n'est susceptible de t'exprimer la profondeur de mon amour, de mon estime, et l'infinie reconnaissance pour tous les sacrifices consentis avec dévouement pour mon éducation et mes longues années d'études.

Pour moi, tu as toujours été une âme émaillée d'amour et de tendresse.

Ta gentillesse, ton soutien, ta compréhension, ton affection débordante dont tu m'as toujours entourée, tes prières et tes conseils m'ont permis d'atteindre le but désiré.

Je te dédie ce travail en témoignage de ma gratitude et ma sincère reconnaissance pour les sacrifices sans limites que tu as consenti pour mon éducation.

Puisse Dieu, le tout puissant, te procurer bonne santé et longue vie, afin que je puisse à mon tour, te combler...

« Seigneur, combles-les de ta miséricorde comme ils le firent pour moi lorsqu'ils m'élevèrent tout petit »

(Sourate 17, verset 24)

À ma soeurette chérie : Zineb,

En témoignage de tous les moments agréables qu'on a passé ensemble.

Tu as toujours été présente pour me soutenir dans mes moments pénibles, avec beaucoup d'amour et de simplicité.

Que ce travail soit l'expression de mon attachement, mon profond amour, mon affection et mes sentiments fraternels les plus sincères et chers que j'ai pour toi.

Puisse Dieu te procurer santé et longue vie pleine de succès et de bonheur.

À mon petit frère : Hamza,

Tu es et tu resteras toujours mon petit frère chéri.

Je voudrais pouvoir t'apporter ici la chaleur de mon affection et de mon amour.

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore.

Que dieu te protège et te procure une vie pleine de joie.

À mes grands parents « in memorium »,

*En ce jour mémorable, j'aurais bien voulu que vous soyez parmi
nous.*

*Vos prières sont pour moi indélébiles et resteront présents dans
mon esprit et gravés dans mon cœur.*

*Que la clémence de Dieu règne sur vous et que la miséricorde
apaise vos âmes.*

À mon grand père : Bousselham Bouazza,

*Aujourd'hui, vos prières sont exaucées, trouvez ici, tout l'amour
qu'une petite fille peut prouver pour son grand père qui a veillé à
son éducation et à sa réussite.*

*Puisse Dieu vous accorder longue vie afin que vous puissiez
récolter ce que vous avez semé.*

A mama Hafida et papa Salah,

Je ne trouve pas de mots suffisamment éloquents pour vous exprimer la profondeur de mon amour, mon estime, mon respect et ma gratitude.

Vous êtes mes deuxièmes parents.

Que ce travail soit pour vous le gage de toute mon affection, mon profond amour, ma gratitude, mon estime et mon attachement.

J'implore Dieu tout puissant qu'il vous préserve du mal, vous comble de santé et de bonheur, et qu'il vous garde toujours à mes côtés.

A mes frères, leurs épouses et leurs enfants : KARIM, ADNANE, et JALAL

Trouvez en ce travail le témoignage de mon amour fraternel.

Puisse la vie vous apporter bonheur, prospérité et beaucoup de chance.

Avec tout le respect que je vous dois, grands frères.

À mes tantes et oncles :

*Ahmed Rachid, sa femme et ses enfants
Khadija Bousselham, son époux et ses enfants
Aziza Bousselham, son époux et ses enfants
Naïma, Abdellah Bamarouf et leurs enfants
Zhor, Abdelmajid et leurs enfants
Khadija, Saïd EL Bacha et leurs enfants*

*Votre appui et vos encouragements m'ont beaucoup aidé à
surmonter toutes les embûches et les obstacles que j'ai eus durant
mes années d'études.*

*Je vous remercie pour vos prières qui m'ont accompagnées
jusqu'à ce jour.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma gratitude, mon
respect et de mon profond amour.*

*À mes amis : Linda, Ali Jouhair et leurs filles
Dina, Radouane Husseini et leurs enfants
Randa, Radouane et leur fils*

*Vous m'avez chaleureusement accueillie au sein de vos familles,
et m'avez traitée comme vos propres sœurs.*

*Votre gentillesse, votre grandeur d'âme et votre générosité
resteront toujours gravés dans mon cœur.*

*Aujourd'hui, je ne trouve pas les mots exacts pour vous affirmer
mon infinie gratitude, mon admiration et mon profond respect.*

*Que ce travail soit l'expression de la profonde affection que je
vous porte.*

*À tous mes amis : Hind, Alia, Linda, Ghita, Sabah,
Nassime, Fifi, Mounir, Mehdi, Adil*

Plus que des amis, vous êtes des frères et sœurs.

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute mon
affection et mes sentiments les plus chers.*

*A tonton Biram Diouf, sa femme et ses enfants
Tonton Assane Touré et sa famille
Tonton Ousmane, sa femme et ses enfants
Tonton Diao, son épouse et ses enfants*

*Vous avez été une famille pour moi et vous m'avez toujours
entretenus comme si j'étais votre propre fille.*

*Qu'il me soit permis, aujourd'hui, de vous exprimer toute mon
affection, ma gratitude, mon estime et mon attachement.*

*Puisse Dieu vous prêter une très longue vie afin que vous
puissiez savourer le fruit de toutes vos bonnes actions.*

A tous mes camarade de promotion 2006

*Votre amitié a été pour moi un gage de sécurité durant toute
cette vie universitaire. Merci à tous.*

Et tous ceux que j'ai oublié de citer et à qui je demande pardon

Sincères remerciements :

Je remercie très sincèrement, du fond du cœur, tous ceux qui, par leur constante disponibilité et leur contribution affective, m'ont aidée dans la réalisation de ce travail.

*A monsieur le Dr Bouazza Omar,
Pharmacien chef de service de l'hôpital Cheikh Zaid,*

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de prendre en charge ce travail et en veillant à la réalisation de cette thèse dans la rigueur scientifique et la simplicité.

Votre expérience et vos qualités humaines et professionnelles me serviront de modèle dans la pratique quotidienne de ma profession.

Puisse ce travail être pour moi l'occasion de vous exprimer mon respect et mon profond estime.

*A tout le personnel de la pharmacie centrale de
l'hôpital cheikh Zaid :*

Merci pour la disponibilité dont vous avez fait preuve.

*A monsieur le docteur Rahali Mustapha,
Chirurgien cardiaque*

Je ne saurais vous remercier pour votre précieuse orientation.

*Permettez moi de vous exprimer, ici, toute mon admiration, ma
profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.*

*A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation
de ce travail.*



*A NOS MAITRES
ET
JUGES DE THESE*

*A notre maître et président de thèse
Mr. Le professeur Babacar Faye
Professeur de pharmacologie et pharmacodynamie :*

*C'est pour nous un grand honneur et privilège que vous ayez
accepté d'assurer la présidence de cette thèse.*

*Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle
vous avez accepté de juger ce travail.*

*Nous vous prions cher maître, de bien vouloir accepter le
témoignage de notre gratitude, de notre dévouement et notre
respectueuse admiration.*

*A notre maître et directeur de thèse
Mr. Le docteur Cheikh Saad Bouh BOYE
Professeur de Bactériologie – Virologie :*

*C'est un grand honneur de nous avoir confié ce travail, nous
vous remercions d'avoir veillé à la réalisation de cette thèse.*

*Nous sommes particulièrement touchés par votre prise en charge,
par votre accueil bienveillant et par votre présence.*

Nous espérons avoir mérité votre confiance.

*Veillez accepter l'expression de nos sentiments les plus
respectueux et les plus reconnaissants.*

A notre maître et juge de thèse
Mr. Le docteur Mamadou BADIANE
Maître de conférence agrégé

*Nous vous remercions d'avoir voulu répondre à notre souhait et de
vous voir siéger parmi nos membres de jury.*

*En acceptant de juger notre modeste travail, vous nous accordez un
très grand honneur.*

*Veillez accepter l'expression de nos considérations les plus
distinguées.*

À notre maître et juge de thèse
Mr. Le docteur Yérém Mbagnick DIOF
Maître de conférence agrégé

*C'est un grand honneur pour nous d'avoir accepté avec toute
gentillesse de juger notre travail.*

Nous vous exprimons ce grand honneur que vous nous faites.
*Veuillez accepter, cher maître, ce travail avec toute notre estime et
haute vénération.*

Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*« Un vrai voyage de découverte
n'est pas de chercher de nouvelles
terres, mais d'avoir un œil
nouveau. »*

Marcel Proust

SOMMAIRE

The word 'SOMMAIRE' is rendered in a large, bold, blue 3D font. The letters have a slight gradient and a metallic sheen. Below the letters is a gold-colored shadow that mirrors the shape of the text, giving it a three-dimensional appearance as if it's floating above a surface.

PLAN.....	I
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE DES ABREVIATIONS.....	XI
INTRODUCTION.....	1

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

CHAPITRE I : APPROCHE GENERALE ET SITUATION DE LA PHARMACIE HOSPITALIERE.....	4
1. Définition de la pharmacie hospitalière.....	4
2. Missions.....	4
3. Les produits pharmaceutiques	5
4. Activités.....	5
CHAPITRE II : DEMARCHE QUALITE.....	7
1. Éléments de définition de la qualité.....	7
2. Historique	8
1. Démarche qualité et évaluation.....	11
2. Enjeux et intérêts d'une démarche qualité.....	14
5. Principes essentiels des démarches qualité.....	15
5.1. Orientation client	16
5.1.1. Principe et objectifs.....	16
5.1.2. Avantages clés	18
5.1.3. Aspects découlant de l'application du principe 1 «Orientation	

client».....	18
5.2. L'importance du leadership.....	18
5.2.1. Principe et objectifs.....	18
5.2.2. Avantages clés	20
5.2.3. Aspects découlant de l'application du principe 2 «leadership».....	20
5.3. Une démarche participative : Implication du personnel	20
5.3.1. Principe et objectifs	20
5.3.2. Avantages clés	21
5.3.3. Aspects découlant de l'application du principe 3 «implication du personnel».....	21
5.4. Une approche processus	22
5.4.1. Principe et objectifs	22
5.4.2. Avantages clés	23
5.4.3. Aspects découlant de l'application du principe 4 «approche processus».....	23
5.5. Management par approche système	23
5.5.1. Principe et objectifs	23
5.5.2. Avantages clés	24
5.5.3. Aspects découlant de l'application du principe 5 «management par approche système»:.....	24
5.6. Amélioration continue	25
5.6.1. Principe et objectifs.....	25
5.6.2. Avantages clés	25
5.6.3. Aspects découlant de l'application du principe 6 «amélioration continue»:.....	26
5.7. Approche factuelle pour la prise de décision.....	26

5.7.1. Principe	26
5.7.2. Avantages clés	26
5.7.3. Aspects découlant de l'application du principe 7 «Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs».....	26
5.8. Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs	27
5.8.1. Principe et objectifs	27
5.8.2. Avantages clés	27
5.8.3. Aspects découlant de l'application du principe 8 «Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs».....	27
6. Facteurs de réussite de la démarche qualité.....	28
6.1. L'engagement explicite des responsables	29
6.2. L'implication des professionnels	30
6.3. Le patient raison d'être de la démarche	31
6.4. La progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs	31
6.5. La communication interne	32
6.6. Le développement des compétences et la formation	32
6.7. La structuration de la démarche.....	33

DEUXIEME PARTIE :

LA MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE AU SEIN D'UNE PHARMACIE HOSPITALIERE

I. CADRE DU TRAVAIL.....	34
1. La fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan.....	34
2. L'hôpital Cheikh Zaid.....	35
3. La pharmacie centrale.....	36
3.1. Présentation.....	36
3.2. Missions.....	36
3.3. Organisation du service.....	36
II. DES PRINCIPES A LA MISE EN OEUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE EN PHARMACIE HOSPITALIERE	40
1. Objectifs.....	40
2. Hypothèses de travail.....	40
III. MISE EN OEUVRE.....	41
1. PREMIERE ETAPE : PREVOIR.....	42
1.1. Entreprendre une démarche qualité.....	42
1.1.1. Engagement de la direction.....	42
1.1.2. Définition de la politique qualité.....	42
1.2. Mise à disposition des ressources	43
1.2.1. Ressources humaines	44
1.2.2. Infrastructures.....	44
1.2.3. Environnement de travail	45
1.3. Choisir un référentiel.....	45
2. DEUXIEME ETAPE : METTRE EN ŒUVRE.....	47

2.1. Planifier la qualité.....	47
2.2. Rédiger le manuel qualité.....	49
2.3. Etablir la démarche processus.....	50
2.3.1. Définir les processus.....	50
2.3.2. Identifier les processus.....	51
2.3.3. Décrire les processus.....	53
2.4. Etablir l'organigramme hiérarchique.....	55
2.5. Organiser le système documentaire.....	57
2.5.1. Gérer le système documentaire.....	57
2.5.2. Elaborer les documents.....	58
2.5.3. Structure de la documentation Qualité	60
2.5.4. Rédaction. Vérification. Contrôle et approbation	61
2.5.5. Modification des documents Qualité	62
2.5.6. Identification des documents Qualité.....	62
2.5.7. Validité des documents	63
2.5.8. Classement et inventaire.....	64
2.5.9. Communication et diffusion des documents	64
2.5.10. Classement et archivage	65
2.5.11. Revue de la documentation qualité.....	65
3. TROISIEME ETAPE : MESURER, ANALYSER, VERIFIER.....	66
3.1. La mesure de la qualité.....	66
3.1.1. Objectifs de la mesure de la qualité.....	66
3.1.2. Les différentes mesures de la qualité.....	66
3.2. Définir les indicateurs.....	68
3.2.1. Choix des indicateurs.....	68
3.2.2. Démarche d'élaboration des indicateurs.....	68
3.3. Réaliser des enquêtes clients.....	95
3.3.1. L'écoute client.....	95
3.3.2. L'enquête de satisfaction.....	96
3.4. Etude du système qualité.....	100

3.4.1. Les audits internes	100
3.4.1.1. Préparation de l'audit.....	101
3.4.1.2. Exécution de l'audit.....	101
3.4.1.3. Rapport d'audit.....	102
4. QUATRIEME ETAPE : AGIR.....	104
4.1. Analyser les résultats du diagnostic qualité.....	104
4.1.1. Système de management de la qualité.....	104
4.1.2. Responsabilité de la direction :.....	104
4.1.3. Management des ressources.....	105
4.1.4. Réalisation du produit.....	105
4.1.5. Mesures, analyse et amélioration.....	106
4.2. Définir les actions correctives et/ou préventives.....	106
4.2.1. Les actions correctives.....	106
4.2.2. Les actions préventives.....	107
4.2.3. La procédure : maîtrise des actions correctives et préventives.....	107
4.3. Etablir le plan d'action qualité.....	108
4.4. Mettre en œuvre et suivre le plan d'action qualité.....	108
4.4.1. Recueil des données.....	109
4.4.2. Les revues.....	109
4.4.2.1. La revue de processus.....	109
4.4.2.2. La revue de direction.....	110
4.5. L'audit de certification.....	112
CONCLUSION.....	114
ANNEXES.....	116
Annexe I: Schéma de la pharmacie centrale.....	116
Annexe II: Fiche d'identité d'un processus.....	117
Annexe III: Tableau de bord.....	118
Annexe IV: Fiche d'identification de besoin en formation.....	119
Annexe V: Fiche d'évaluation de formation.....	120

Annexe VI: Fiche d'enregistrement d'une réclamation client.....	122
Annexe VII: Planning annuel d'audits.....	123
Annexe VIII: Fiche d'écart.....	124
Annexe IX: Fiche d'Amélioration Continue (FAC).....	125
Annexe X: Suivi des états des fiches d'amélioration continue.....	127
Annexe XI: Procès-verbal de la revue de direction.....	128
Annexe XII: Enregistrement de la préparation de la revue de direction.....	130
BIBLIOGRAPHIE.....	131

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1	: Le leadership d'après John Kotter.....	19
Tableau n° 2	: Les facteurs clefs de réussite et les apports d'une démarche Qualité.....	28
Tableau n°3	: Planification de la qualité.....	48
Tableau n°4	: Activité d'approvisionnement année 2005.....	72
Tableau n°5	: Activité d'approvisionnement année 2006.....	72
Tableau n°6	: Evaluation des performances ponctuelles des fournisseurs : (Évaluation annuelle).....	74
Tableau n°7	: Validation de la liste des fournisseurs agréés.....	76
Tableau n°8	: Durée de saisie et nombre de lignes par type de bons de commande de facturation pour l'année 2006.....	78
Tableau n°9	: Résultats des indicateurs de gestion des entrées au niveau de la pharmacie centrale du 01/01/2006 au 31/12/2006.....	80
Tableau n°10	: Résultats des indicateurs de gestion de stock au niveau de la pharmacie centrale du 01/01/2006 au 31/12/2006.....	83
Tableau n°11	: Nombre de bons et de lignes saisis par type et point de stockage du 01/01/2006 au 31/12/2006.....	87
Tableau n°12	: Résultats des indicateurs du processus de dispensation.....	88
Tableau n°13	: Indicateurs de production du système qualité gestion des risques.....	90
Tableau n°14	: Indicateurs de qualité du système qualité gestion des risques.....	91
Tableau n°15	: Indicateurs de production du processus de formation.....	92
Tableau n°16	: Indicateurs de qualité du processus de formation.....	93

Tableau n°17 : Indicateurs de production concernant l'information.....	94
Tableau n°18 : Questionnaire Ecoute Client.....	97
Tableau n°19 : Tableau récapitulatif écoute client.....	98
Tableau n°20 : Plan de l'audit.....	102
Tableau n°21 : Ecart de l'audit.....	103

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le cycle PDCA ou Roue de Deming.....	12
Figure 2 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé.....	17
Figure 3 : Plus les facteurs-clefs de réussite s'accumulent, plus les chances d'atteindre la Qualité augmentent.....	28
Figure 4 : Structure de la norme iso 9001.....	46
Figure 5 : Cartographie des macroprocessus de la pharmacie centrale.....	52
Figure 6 : Logigramme de la procédure de dispensation.....	54
Figure 7 : Organigramme hiérarchique de l'hôpital Cheikh Zaid.....	56
Figure 8 : Schéma du système documentaire.....	61
Figure 9 : Evolution du nombre de lignes par bon de commande entre l'année 2005 et 2006.....	73
Figure 10 : Diagramme de satisfaction client pour les différents services.....	99

LISTE DES ABREVIATIONS

A.F.N.O.R	: Association Française de Normalisation
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
BC	: Bon de Commande
CNOPS	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
DM	: Dispositifs Médicaux
DSM	: Documents du système de management
GRH	: Gestion des Ressources Humaines
HCZ	: Hôpital Cheikh Zaid
ISO	: International Organisation for Standardization
MQ	: Manuel Qualité
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PC	: Pharmacie Centrale
PDCA	: Plan, Do, Check, Act (Planifier, Développer, Comprendre, Agir)
PV	: Procès Verbal
SMQ	: Système de Management de la Qualité

INTRODUCTION

The word "INTRODUCTION" is rendered in a bold, blue, 3D sans-serif font. The letters are thick and have a slight gradient. Below the letters, a gold-colored shadow of the word is cast onto the white background, creating a sense of depth and perspective. The shadow is slightly offset and has a soft, diffused edge.

« J'ai dû attendre deux heures pour recevoir ma commande... »
« Les magasiniers sont très gentils mais débordés... »
« Le taux de rupture des stocks est trop élevé... »
« L'état du malade s'est aggravé suite à une erreur de livraison... »
« Le traitement antibiotique n'a pas été changé comme cela avait été prévu... »
« Je ne sais pas pourquoi ils ont besoin de faire tant de formalités... »
« Mon voisin a eu ses médicaments et pas moi... »
« Le dossier a dû se perdre à la pharmacie... »
« J'ai attendu longtemps avant qu'on me prépare ma facture... »
« Le produit qu'on m'a prescrit n'est pas disponible... »
« La préparation d'un bon de livraison prend énormément de temps... »
« Les erreurs sur les commandes sont très fréquentes... »

Tout professionnel de santé pourrait très certainement allonger cette liste. Ces constatations sont très différentes les unes des autres car elles émanent d'interlocuteurs différents. Elles ont toutes, cependant, un point commun : elles traduisent pour la personne non satisfaite, soit un dysfonctionnement, soit un écart par rapport à ce qui était attendu (le patient aurait dû recevoir sa commande immédiatement, le traitement antibiotique aurait dû être changé comme prévu, le dossier n'aurait pas dû se perdre à la pharmacie...). Les écarts traduisent, à leur niveau, une insuffisance en terme de qualité et, pour chaque écart, la nécessité d'une réponse aux attentes de chaque interlocuteur. De nombreux travaux d'évaluation ont mesuré de tels dysfonctionnements et ont conduit à définir des mesures correctives visant à éviter leur renouvellement.

Au delà de la réponse ponctuelle qui peut être apportée à chacun de ces dysfonctionnements, la démarche proposée dans ce document vise à développer au sein des pharmacies hospitalières une méthode d'amélioration de la qualité, inspirée des modèles industriels, adaptée aux spécificités et à la complexité des prestations dans un établissement de santé.

Le recours à la démarche d'amélioration continue de la qualité constitue un des éléments de la mise en place dans les pharmacies à usage intérieur d'un dispositif contribuant à une meilleure gestion des risques et à l'amélioration de la qualité des prestations.

La qualité constitue une garantie d'efficacité d'un service donné : un service certifié est en effet un service qui a procédé à un travail de rationalisation de son organisation, de diminution des sources de gaspillage, d'insatisfaction ou de dysfonctionnement. Sa qualité et sa performance sont avérées par la délivrance d'un label de qualité. Le développement à la marge d'une certaine logique d'entreprise se manifesterait donc par un recours accru aux outils et méthodes de la qualité afin de rationaliser les structures existantes.

La mise en oeuvre de cette démarche d'assurance de la qualité dans une pharmacie hospitalière a pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des prestations et de la prise en charge des patients :

- Par une analyse méthodique du déroulement des prestations et de la prise en charge dans une situation clinique donnée,
- Par une identification des principaux dysfonctionnements afin de mettre en place les améliorations utiles,
- Par le choix d'indicateurs et d'un dispositif de mesure interne à l'établissement permettant de suivre le niveau de qualité des prestations.

Elle a notamment pour objectif le passage d'une logique d'usager passif à une logique d'usager acteur. [47]

Nous avons réalisé ce travail à partir de l'expérience acquise par la pharmacie centrale de l'hôpital universitaire et international Cheikh Zaid.

Dans la première partie de notre travail, nous allons explorer les concepts, définitions et principes nécessaires à la compréhension de la démarche qualité et son évaluation, ainsi que les facteurs de réussite tels qu'ils ont pu être appréhendés au cours de cette expérience.

Dans la deuxième partie, après une présentation de notre cadre du travail, nous allons aborder la mise en oeuvre d'une démarche qualité en pharmacie hospitalière, nous en déclinons les différentes étapes organisationnelles et les conditions nécessaires à sa réalisation.

La démarche qualité va questionner les valeurs, les missions de l'établissement ainsi que les moyens qui sont mis en oeuvre pour y répondre. Nous expliciterons en quoi elle nous semble être un outil susceptible d'associer et impliquer les personnels dans une logique de valorisation et d'amélioration des prestations.

La mobilisation des personnels, son appropriation de la démarche qualité est la condition de son opérationnalité et de son efficience.

Ce travail s'achèvera par une analyse des résultats, présentant les difficultés rencontrées et les points forts que nous avons pu relever et présentera en conclusion des recommandations destinées à toute pharmacie hospitalière.

Illustré d'exemples, ce travail pourrait être destiné à toute pharmacie à usage intérieur qui souhaite s'engager dans ce type de démarche et s'informer sur les réalisations pratiques qu'elle peut apporter, afin d'en percevoir les avantages et les difficultés observés au cours de l'expérience mise en oeuvre dans le cadre de ce travail.

PREMIERE PARTIE

GENERALITES

CHAPITRE I : APPROCHE GENERALE ET SITUATION DE LA PHARMACIE HOSPITALIERE :

1. Définition de la pharmacie hospitalière [38, 39]

Couramment, le mot « pharmacie » désigne l'officine, lieu où les médicaments sont détenus et délivrés sous la responsabilité du pharmacien. A l'hôpital, la pharmacie est un service qui assure, en plus des fonctions logistiques, des fonctions d'assistance pharmaceutique et de formation permettant, ainsi :

- A l'hôpital de disposer des médicaments et des produits pharmaceutiques de bonne qualité et à moindre coût.
- Au personnel d'avoir l'information nécessaire à l'utilisation de ces produits.

Le rôle de la pharmacie hospitalière est primordial : elle a pour mission d'assurer l'ensemble de la gestion des produits pharmaceutiques au sein de l'établissement : sélection, approvisionnement, préparation, contrôle de qualité, stockage, distribution et dispensation.

2. Missions [25]

L'organisation et la gestion de la pharmacie répondent à plusieurs objectifs :

- Assurer la disponibilité permanente des produits pharmaceutiques, la sécurité dans leur utilisation, leur qualité et un coût accessible pour le patient ;
- Organiser le fonctionnement du service en tenant compte du contexte de l'hôpital, de la réglementation du pays, des obligations professionnelles et des ressources allouées ;
- Animer l'équipe pharmaceutique en l'intéressant à un projet de service et en assurant une formation adaptée aux fonctions ;
- Contribuer à l'usage rationnel des produits pharmaceutiques par son action au sein du comité du médicament de l'hôpital ;
- Evaluer l'activité pharmaceutique de l'hôpital en informant le personnel médical, paramédical et administratif des résultats (cohérence et coûts des prescriptions, etc.).

3. Les produits pharmaceutiques [25]

Le domaine de la pharmacie recouvre les produits pharmaceutiques suivants :

- Médicaments y compris les sérums et vaccins ;
- Dispositifs médicaux stériles ou non, y compris les produits de contrastes radiologiques et les objets de pansement ;
- Petit matériel médico-chirurgical ;
- Matériel, réactifs de laboratoire et matières premières destinées aux préparations hospitalières ;
- Gaz médicaux ;
- Antiseptique et désinfectant.

4. Activités

L'ensemble des activités d'une pharmacie hospitalière peut être décrit en dix pôles distincts :

- **Approvisionnement et stockage** ;
- **Production** de médicaments ;
- **Distribution** des produits pharmaceutiques aux services de soins et aux dépôts pharmaceutiques (désignés pharmacie de “cession” ou pharmacie de “détail”) existants dans l'hôpital ;
- **Dispensation** aux consultants externes ou à la famille des malades hospitalisés ;
- **Hygiène hospitalière** : la commission d'hygiène hospitalière est une instance pluridisciplinaire qui supervise la planification des activités destinées à améliorer l'hygiène et à lutter contre les infections nosocomiales. La pharmacie est responsable des achats des antiseptiques et des désinfectants. Elle participe à l'élaboration des protocoles de désinfection du matériel médicochirurgical;

- **Gaz à usages médicaux** : dans les établissements hospitaliers, la responsabilité de l'approvisionnement et de la délivrance des gaz à usage médicaux revient au pharmacien. Devant la complexité des circuits, la sécurité dans l'utilisation des différents gaz à usages médicaux repose sur la vigilance et la compétence de plusieurs partenaires : le fabricant, les services de soins utilisateurs, la pharmacie et les services techniques de l'hôpital qui participent à la surveillance et à la maintenance des installations. La distribution des gaz médicaux repose sur l'approvisionnement auprès de fournisseurs qualifiés, le contrôle par le pharmacien de la quantité et de la qualité de chaque livraison et la connaissance de l'état permanent des stocks ;
- **Stérilisation** : dans un grand nombre de cas, l'utilisation de dispositifs médicaux stériles à l'hôpital est une nécessité en termes de qualité des soins. Les opérations de préparation et de stérilisation de ces dispositifs relèvent de la pharmacie hospitalière aidée par le personnel soignant et les services techniques en ce qui concerne la maintenance des équipements (autoclaves) ;
- **Usage rationnel des produits pharmaceutiques** : informations pharmacothérapeutiques aux médecins et autres professionnels de santé, informations aux patients, formations liées aux activités pharmaceutiques (bon usage des produits pharmaceutiques), pharmacovigilance et matériovigilance, documentation et information pharmaceutiques, analyse des consommations et contrôles des circuits de distribution et de dispensation ;
- **Gestion financière de la pharmacie**, organisation du recouvrement des coûts des produits pharmaceutiques ;
- **Organisation interne de la pharmacie**, mise en place et contrôle des procédures, formation continue interne du personnel.

En pratique, des contextes difficiles (ressources matérielles, financières et humaines souvent insuffisantes) conduisent à prendre des orientations adaptées et, selon les cas, certains aspects sont considérés prioritaires et d'autres sont délégués (stérilisation, gaz à usages médicaux), voire non réalisés (pharmacovigilance ou matériovigilance). [25]

CHAPITRE II : DEMARCHE QUALITE

1. Eléments de définition de la qualité : [18, 22, 24, 26, 28, 32, 48]

« Qualité » renvoie au latin « Qualis » qui signifie « quel ». Pour le Robert, la qualité est « *une manière d'être, caractéristique* ». La qualité s'avère être intrinsèque au produit ou au service considéré.

Le dictionnaire Larousse nous donne la définition suivante de la qualité : « manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose ; de supériorité, excellence en quelque chose. » Ainsi définie, la notion de qualité renvoie à la façon dont tout à chacun peut apprécier tel produit ou telle prestation à un instant donné. De cette appréciation découle un jugement de valeur. La définition proposée revêt alors une dimension subjective indéniable tant elle permet d'affirmer qu'il est possible d'envisager de manière très différente le concept de qualité. Il n'existe donc pas une, mais des définitions de la qualité

Dans le champ social et médico-social, la qualité peut se définir comme « ... *l'ensemble des caractéristiques d'une entité (organisation, établissement, service, dispositif) qui lui confèrent l'aptitude à répondre aux besoins exprimés et implicites de l'utilisateur et de sa famille en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé, son autonomie sociale et sa dignité d'être humain* ». [32]

La qualité s'appréhende donc du point de vue de l'utilisateur.
Cette définition s'inscrit dans la définition normée de la qualité selon l'ISO 8402 de 1994, organisme international chargé de la standardisation du vocabulaire et des méthodes relatives à la qualité: " *La qualité, c'est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites*".

Cette définition prospective est présentée comme un résultat à attendre en fonction de besoins qui doivent être identifiés et compris. Elle renvoie à la nécessité pour les parties prenantes de trouver un équilibre entre les attentes du client, les coûts, les délais, la satisfaction du personnel et les choix stratégiques de la structure hospitalière.

La qualité est une synthèse entre les besoins des utilisateurs tels qu'ils les expriment par eux-mêmes ou par leur représentants, ceux que les professionnels estiment prioritaires, ceux que le droit impose et enfin ceux que l'environnement recommande. [26]

La qualité, dont la racine étymologique *Qualis talis* signifie *tel quel*, propose une notion de conformité à ce qui est prétendu. Autrement dit, la qualité dans ses principes, consiste à dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit et enfin mesurer et corriger les écarts constatés par une amélioration progressive des objectifs fixés préalablement. [24]

Si l'on transpose ce postulat dans le secteur de la santé, la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) répond aux critères précités. La qualité en ce domaine signifie : « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

2. Historique de la qualité, de l'origine à l'époque actuelle : [48]

« Rien n'est plus archaïque que le souci de la qualité. Peut-on imaginer démarche plus ancienne chez l'homme que cette volonté de bien faire, d'être plus performant, d'atteindre plus efficacement sa cible ou ses objectifs ? » [19]

La qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIXe siècle. Son objectif premier a été la conformité des produits livrés avant de s'orienter, plus tardivement, vers la satisfaction des clients. Avec le temps, les techniques et les approches utilisées pour atteindre cet objectif se sont transformées et enrichies. La production de biens en grande série par les entreprises industrielles a été organisée initialement, en suivant les conceptions de Taylor, avec une succession d'étapes indépendantes et une séparation entre les fonctions de conception (confiée aux ingénieurs au sein de bureaux des méthodes) et de production (réalisée par de simples exécutants). Cette dernière, qui pouvait être confiée à une main-d'œuvre peu qualifiée à l'origine, était cloisonnée en étapes indépendantes.

Le contrôle de la conformité des produits aux spécifications préétablies, première approche de la qualité, s'est d'abord effectué en fin de chaîne et a porté sur la totalité de la production ; les produits non conformes étaient simplement mis au rebut sans que cela influe sur les modes de fabrication.

Progressivement, avec le développement de techniques d'analyse statistique, le contrôle des paramètres prédéfinis, fondé sur des règles d'échantillonnage, s'est déplacé du produit fini vers les étapes de la production.

Cela a permis d'anticiper les défaillances en détectant précocement les anomalies, en les analysant, puis en intervenant sur les procédés de fabrication afin d'éviter que les défauts ne se reproduisent. La recherche de la qualité est ainsi passée progressivement d'une méthode a posteriori à une méthode d'anticipation.

Par la suite deux stratégies distinctes ont été mises en oeuvre dans les années 50 aux États-Unis et au Japon dans des contextes historiques et culturels très différents.

Les États-Unis ont cherché à étendre au secteur civil leurs normes de qualité de fabrication des matériels militaires de la Seconde Guerre mondiale. Il leur fallait pour cela recruter et former un corps de contrôleurs numériquement important et avec une qualification élevée et homogène. Ils ont alors décidé de faire porter le contrôle sur le mode d'organisation (procédures, circuits, documents, manuel qualité, système d'obtention de la qualité) des entreprises plutôt que directement sur les pièces fabriquées. Ils ont ainsi créé l'Assurance de la Qualité dont la définition est, selon l'ISO, « la partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites ». Grâce à cette approche une entreprise peut espérer une reconnaissance externe du système de management de la qualité qu'elle a mis en place, gage de confiance pour ses clients.

Dans le même temps le Japon s'est trouvé confronté à la nécessité de reconstruire une industrie et une économie détruites par la guerre et de lutter contre la mauvaise image de marque de ses produits. Les chefs d'entreprises et les décideurs ont bénéficié des enseignements d'experts américains qu'ils ont intégrés et appliqués à leur manière.

L'accent a été mis sur des actions de formation largement diffusées, y compris par les médias, auprès de l'ensemble des acteurs de la production à tous les niveaux hiérarchiques. Au sein des entreprises, en plein accord avec les décideurs, des groupes transversaux et pluriprofessionnels, appelés cercles de qualité, ont été constitués en grand nombre pour analyser et traiter les problèmes rencontrés. Cette approche s'est peu à peu structurée et institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité.

Ce concept correspond à une démarche qualité progressive incluant un management participatif. La dynamique d'amélioration qui repose sur la mobilisation des acteurs diffuse alors progressivement dans le quotidien de l'ensemble de l'entreprise.

Le contexte dans lequel évoluent les entreprises, et également les organisations sans but commercial, a été déterminant pour l'intégration de la démarche qualité dans leurs systèmes de pilotage. Il faut citer ici notamment les crises économiques, la concurrence liée à l'internationalisation des échanges et l'élévation du niveau d'éducation et de qualification professionnelle.

La poursuite du développement des démarches qualité a consisté à intégrer cette dynamique d'amélioration comme une dimension centrale du management des entreprises. La prise en compte des attentes et de la satisfaction des clients, la recherche d'une valorisation économique de la démarche deviennent un enjeu essentiel. La qualité constitue une des bases de la réussite des entreprises compétitives. On parle alors de management par la qualité totale, et plus récemment de management intégré, voire de modèle d'excellence.

Avec la structuration du champ de la qualité et son internationalisation, les entreprises ont cherché une reconnaissance de leurs efforts en matière d'amélioration de la qualité.

Des référentiels inspirés par les différentes approches qualité ont été conçus. Ces référentiels ont permis aux entreprises qui le souhaitaient d'obtenir une certification, issue de l'assurance qualité, et/ou un prix qualité, issu du management par la qualité totale et aujourd'hui du management intégré. Ces approches sont maintenant considérées comme compatibles et peuvent être mises en oeuvre de concert.

Historiquement les démarches qualité ont débuté, comme nous l'avons vu précédemment, dans les entreprises industrielles. Elles ont ensuite accompagné la transformation de l'économie en diffusant vers le secteur des services. Plus récemment ces démarches ont commencé à gagner les organisations non marchandes (enseignement, santé, secteur social, etc.) sous l'influence du constat de variations inexplicables des pratiques et des résultats. La pression des usagers, plus avertis et donc plus exigeants, a également joué en ce sens.

Ce bref historique rappelle que les démarches qualité concernent à la fois des aspects techniques et des aspects humains.

Les aspects techniques s'intéressent à la réalisation d'un produit ou d'un service qui répond aux attentes d'une clientèle donnée en terme de qualité, de coût et de délai.

Ceci nécessite de maîtriser les différentes étapes de la production pour éliminer la non qualité génératrice de coûts inutiles et d'être attentif aux attentes des clients, voire si possible, les anticiper par l'innovation afin d'en conquérir de nouveaux.

Les aspects humains concernent la motivation et l'implication des personnes qui travaillent dans l'entreprise concernée. Les méthodes utilisées cherchent à développer une réelle implication et permettent de répondre au besoin de reconnaissance des professionnels en prenant en compte leurs idées, leur créativité, leur sens des responsabilités. La motivation des professionnels est essentielle pour progresser dans la qualité des produits ou des services.

Ces deux aspects ont en commun un enjeu économique fort dans la mesure où la motivation des hommes comme la maîtrise des aspects techniques engendrent une plus grande efficacité, permettent la réduction des coûts et l'augmentation des parts de marché par la fidélisation de la clientèle et la conquête de nouveaux clients. C'est pour cette raison que les entreprises investissent en ce domaine. La démarche qualité ne relève pas de l'utopie. Elle est un moyen d'efficacité économique, celle-ci supposant entre autres une grande motivation des hommes.

3. Démarche qualité et évaluation : [27]

La notion de démarche qualité est définie, sous l'appellation de « Management de la qualité », de la manière suivante par l'ISO 2000 : « ... activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme... en matière de qualité... L'orientation et le contrôle d'un organisme en matière de qualité incluent généralement l'établissement d'une politique qualité... et d'objectifs qualité... la planification de la qualité... la maîtrise de la qualité... l'assurance de la qualité... et l'amélioration de la qualité... ».

Selon l'A.F.N.O.R., elle « a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixes ».

Le principe de démarche qualité consiste en un processus d'amélioration continue de la qualité. Ce processus est illustré par les quatre étapes de la roue de DEMING ci dessous. Le fonctionnement est circulaire, la qualité n'est pas un état mais un processus. [17]

1. Prévoir la qualité voulue : fixer les objectifs de l'action qui prennent en compte les besoins de l'utilisateur. Planifier l'action et l'organisation des ressources nécessaires à la réalisation des objectifs et à la satisfaction de l'utilisateur.
2. Réaliser la qualité conçue : étape de mise en oeuvre de l'action pour réaliser les objectifs

3. Evaluer la qualité délivrée et la qualité perçue : évaluer l'efficacité de l'action au regard des objectifs fixes et de la satisfaction de l'utilisateur.
4. Réagir sur la qualité voulue : En intégrant les évaluations de l'efficacité du système, apporter des corrections, des réajustements progressifs de la qualité

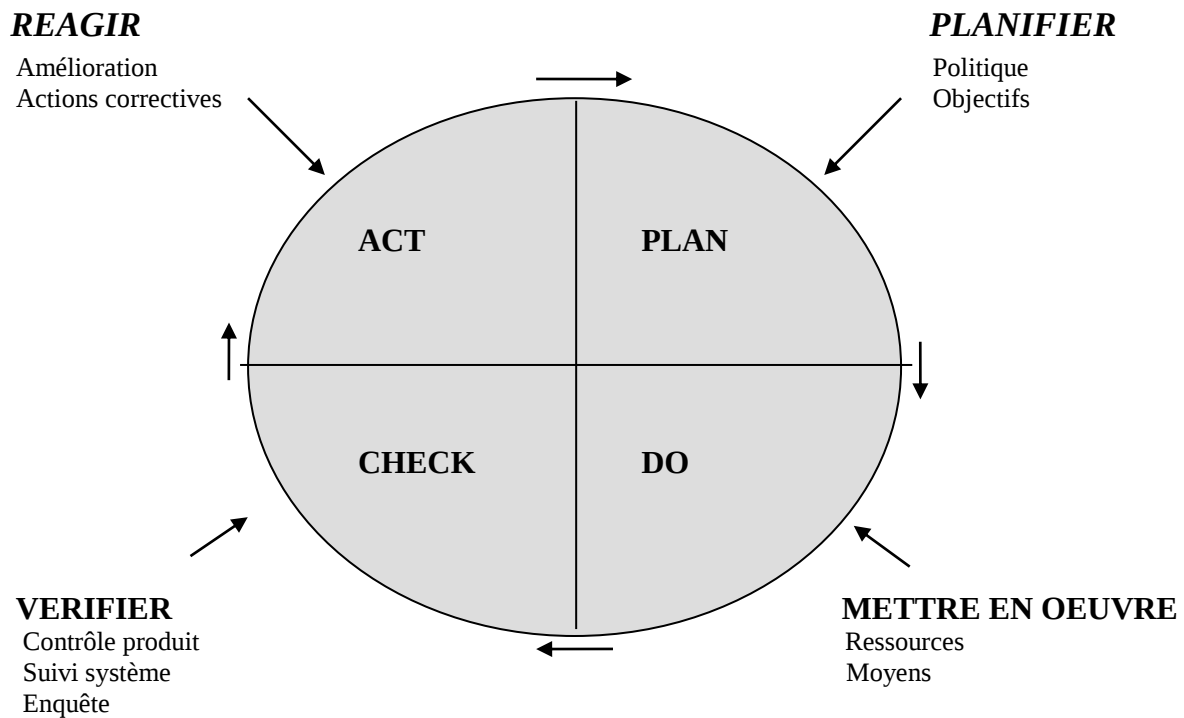


Figure 1 : Le cycle PDCA ou Roue de Deming.

Plus largement les objectifs d'une démarche d'amélioration de la qualité consistent à : [47]

- Prendre en compte les besoins de l'utilisateur :
 - o Mettre l'utilisateur au centre du dispositif, c'est agir pour lui permettre d'être un acteur à part entière au sein de l'institution.
 - o Assurer la prise en charge la plus adaptée possible aux besoins de l'utilisateur.
 - o Permettre l'expression de l'utilisateur dans la définition de ses besoins et son appropriation du service rendu.

- Promouvoir la participation des professionnels à la mise en oeuvre de la démarche et à l'élaboration des outils.
- S'assurer de l'efficience de l'allocation des ressources publiques.
- Prévenir les risques de maltraitance institutionnelle.

La démarche qualité vise à réduire les écarts entre :

- les attentes et les besoins des bénéficiaires, le service attendu.
- l'engagement du prestataire ou son offre, le service déclaré.
- les prestations effectivement fournies, le service rendu.

La démarche qualité n'est pas figée, ni acquise mais bien un processus. C'est, pour reprendre les propos de M. LAFORCADE, un état d'esprit qui permet de réinterroger les évidences et c'est dans ce sens qu'il est un outil de rénovation du projet. [31]

L'évaluation de la qualité ne représente qu'une étape du processus d'amélioration de la qualité comme nous l'illustre la roue de DEMING. Evaluation et démarche qualité sont deux notions liées mais non équivalentes. La première présente des caractéristiques ponctuelles, et rythmées dans le temps alors que la seconde s'organise autour d'un processus itératif qui nécessite des mesures.

L'objectif de l'évaluation est de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs que l'on s'est fixé. En effet, évaluer la qualité d'une prestation ou d'un service peut conduire à apprécier plusieurs critères :

- L'efficacité : capacité d'une organisation, d'un processus ou d'une entité opérationnelle à satisfaire, à chaque fois du premier coup, les exigences et les attentes des clients. [8]
- L'efficience : d'une organisation à utiliser les ressources, les moyens et les approches les plus pertinentes et optimales pour assurer ce résultat (maîtrise des coûts, qualité, adaptabilité...)

- La cohérence : « propriété de ce qui est cohérent, dont les parties s'enchaînent bien et présentent entre elles des rapports logiques ». [23]
- La conformité : « état de deux ou plusieurs choses semblables entre elles, en harmonie, concordance ou accord ».
- La pertinence : qualité de ce qui est logique, parfaitement approprié, adapté, qui fait preuve de justesse dans son raisonnement. Se dit de ce qui manifeste de la compétence ».

4. Enjeux et intérêts d'une démarche qualité : [12]

Une démarche qualité a pour objectif premier d'améliorer sans cesse les performances d'une structure de tout type : structure de production, de services ou consulaire.

Cette amélioration des performances doit se décliner auprès de toutes les parties prenantes de l'entreprise.

Elle concerne ainsi :

- Les clients par le respect des délais, des exigences qualitatives de la prestation rendue ou du produit livré, et bien évidemment par la maîtrise des coûts... ;
- Les prescripteurs et organismes de tutelle auprès desquels la crédibilité de l'entreprise sera renforcée ;
- Le personnel est probablement la partie prenante la plus concernée, son implication dans la démarche doit être totale et soutenue constamment par le dirigeant.

Ainsi, la rédaction de définitions de fonctions explicites, la remise à plat de relations fonctionnelles et hiérarchiques reconnues par tous, l'identification des compétences requises pour assumer chaque fonction, les actions de formation pour améliorer et compléter sans cesse les compétences, l'évaluation et les échanges réguliers dans le cadre de l'entretien individuel annuel sont autant d'éléments ô combien importants qui doivent être pris en compte pour permettre la réussite d'une démarche qualité.

Le dirigeant, une fois la stratégie de son entité et sa déclinaison en politiques internes définies, doit suivre par le biais de tableaux de bord qui lui sont communiqués régulièrement, l'ensemble des activités de son entreprise et solliciter son encadrement pour déclencher des actions d'amélioration.

Le dirigeant peut ainsi s'appuyer sur l'approche processus qui a permise, notons-le au passage, de rendre les démarches qualité accessibles à tous les types d'activité de production ou de services pour mettre en œuvre un management efficace. Pour chaque processus, un pilote est désigné, des objectifs quantifiés et accessibles lui sont fixés, un véritable management est mis en place dans le cadre d'une délégation mutuelle bien comprise. Dans le cadre de cette délégation, le pilote de chaque processus, anime ainsi le pôle dont il est responsable dans sa totale plénitude : suivi de l'activité quantitativement et qualitativement, optimisation des ressources tant humaines que matérielles, animation de son équipe.

Enfin l'ultime partie prenante concerne l'actionnaire qui doit constater au final, une amélioration des résultats de la structure.

Pour parvenir à une telle action de management, il convient donc préalablement :

- De positionner la démarche qualité dans la stratégie globale de la structure ;
- De faire adhérer les salariés aux options envisagées par les dirigeants
- De conduire la démarche à un rythme soutenu (douze à quinze mois) avec les ressources appropriées et notamment un responsable de projet qui sous l'autorité du dirigeant et de l'équipe de direction animera la démarche.

Améliorer la satisfaction des clients, rendre plus efficace le travail des salariés par rapport aux objectifs fixés par la direction générale et élever leurs compétences, développer la transversalité entre services, définir, optimiser et gérer les interfaces et les ressources, créer des réflexes de type clients/fournisseurs internes au travers de l'approche processus, mettre en place un système de reporting permettant de suivre l'activité des services, sont autant d'actions qui doivent contribuer au principal résultat attendu à travers la démarche qualité : améliorer les performances de la structure au service du client.

5. Principes essentiels des démarches qualité : [4, 43, 45]

L'énoncé normalisé des principes tels qu'ils figurent dans l'ISO 9000:2000 et l'ISO 9004:2000 donne un certain nombre d'exemples des avantages à retirer de leur mise en pratique et des actions entreprises d'ordinaire par la direction pour appliquer les principes destinés à améliorer les performances de l'organisme.

5.1. Principe 1 – Orientation client

5.1.1. Principe et objectifs :

Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes.

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des clients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. Elles conditionnent le développement et la pérennité des entreprises.

L'écoute et l'attention aux clients doivent être présentes à toutes les étapes de la vie des produits et services, de leur conception à leur utilisation par les clients, et à tous les niveaux d'une entreprise. Cette préoccupation décisive oriente non seulement l'activité quotidienne des professionnels mais également les choix stratégiques essentiels, notamment le développement de nouveaux services.

L'écoute client est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisées pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services.

Pour entrer dans le processus d'écoute des clients, un premier travail consiste à identifier les différents clients externes, avec éventuellement une pondération de leur importance relative au regard de la politique et des objectifs qualité déterminés.

Le lien entre les exigences du client et sa satisfaction comporte une part de subjectivité et implique de distinguer plusieurs types de qualité selon le point de vue du client et celui des professionnels :

- La qualité attendue par le client se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du produit ou service ;
- La qualité perçue est celle qu'expérimente le client. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;

- La qualité voulue est formulée par l'entreprise sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le client.

L'écoute des clients doit permettre de réduire l'écart de conception (qualité attendue - qualité voulue), l'écart de perception (qualité perçue - qualité délivrée) et l'écart de satisfaction (qualité perçue - qualité attendue).

L'écart de délivrance (qualité délivrée - qualité voulue) est du domaine de la recherche de conformité assurée par les démarches d'amélioration des processus et de résolution de problèmes.

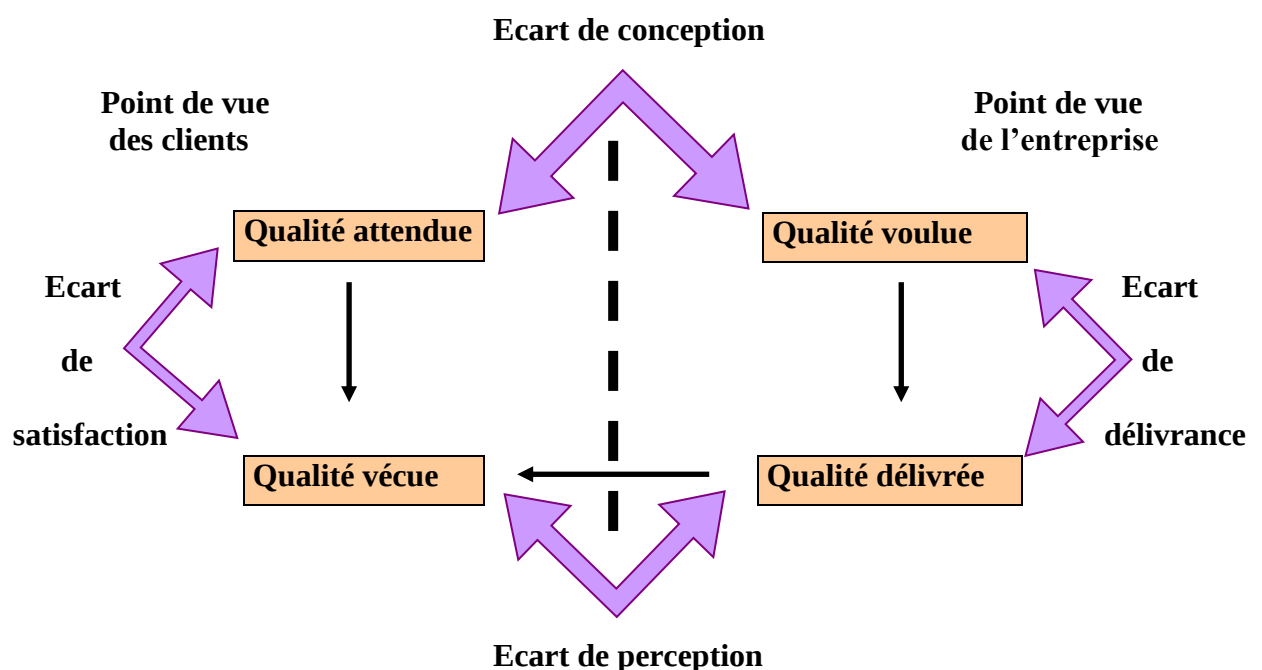


Figure 2 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé [4, 5]

L'écoute des clients fait appel à différentes méthodes parfois sophistiquées et repose également plus simplement sur une attitude d'écoute sans a priori et une réactivité à partir des informations recueillies à toutes les étapes (développement, marketing, contacts avec les clients). Les changements susceptibles d'augmenter la satisfaction des clients et de mieux répondre à leurs attentes peuvent porter sur la transformation des produits ou services, et/ou sur un comportement des professionnels au contact des clients.

5.1.2. Avantages clés:

- Augmentation des recettes et des parts de marche résultant de la souplesse et de la rapidité des réactions face aux opportunités du marché.
- Efficacité accrue dans l'utilisation des ressources de l'organisme pour augmenter la satisfaction du client.
- Plus grande loyauté des clients conduisant à un renouvellement des relations d'affaires.

5.1.3. Aspects découlant de l'application du principe 1 «Orientation client»:

- Cerner et comprendre les besoins et les attentes du client.
- Assurer que les objectifs de l'organisme sont en phase avec les besoins et les attentes du client.
- Exposer les besoins et les attentes du client dans tout l'organisme.
- Mesurer la satisfaction du client et agir sur les résultats.
- Gérer méthodiquement les relations avec le client.
- Assurer, dans la démarche visant la satisfaction de la clientèle, une approche équilibrée avec autres parties intéressées (notamment les propriétaires, les employés, les fournisseurs, les financiers, les collectivités locales et la société dans son ensemble).

5.2. Principe 2 – Leadership

5.2.1. Principe et objectifs :

Les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisme. Il convient qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisme.

Le leadership et son développement progressif sont indispensables à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Selon F. Kolb, le leadership désigne la fonction qui consiste à fixer des buts à un groupe de personnes et à mobiliser celles-ci dans une action commune. [30]

L'exercice du leadership conduit le responsable à établir une vision du développement de l'entreprise ou d'une activité et à la communiquer aux membres de son équipe puis à guider ceux-ci dans la mise en oeuvre opérationnelle.

Selon J. Kotter, lorsqu'un leadership efficace est exercé, on retrouve systématiquement une vision du développement de l'entreprise qui concilie les intérêts légitimes de l'entreprise et des individus qui la composent, une stratégie visant à concrétiser cette vision, un groupe de personnes très motivées occupant des positions clés dans l'entreprise, qui coopèrent entre elles, qui s'impliquent et qui feront tout pour la transformation de la vision en réalité. [29]

	Le leader	Le manager classique
Stratégie	Elabore une vision et une stratégie qui prennent en compte les intérêts légitimes des autres individus et des autres groupes dans l'entreprise	Elabore la vision et la stratégie les plus favorables à son unité même si elles ne sont pas les plus favorables à l'entreprise dans son ensemble
Réseau de mise en oeuvre	Bâtit un réseau de mise en application qui comprend des personnages clés : supérieurs, pairs, subordonnés et personnes extérieures	Bâtit un réseau soudé de subordonnés qui n'intègre pas certains personnages clés (pairs, supérieurs importants, personnes extérieures)

Tableau n° 1 : Le leadership d'après John Kotter [29]

Le leadership s'exerce en grande partie lors du travail en groupe et transparaît dans la conduite de réunions efficaces, c'est-à-dire au cours desquelles les participants coordonnent leurs apports relatifs à un but précis grâce à la régulation du responsable.

L'ensemble des principes évoqués met en exergue le rôle fondamental du leadership des managers pour mener à bien la démarche qualité.

Ce modèle, s'il est adopté par les dirigeants, est transmis (exemplarité des modes de management mis en oeuvre) à l'encadrement supérieur, puis à l'encadrement intermédiaire et ainsi de suite, en fonction du niveau de responsabilités de chacun. Un plus grand degré d'initiative, donc de responsabilités, est donné à tous les niveaux. Le leadership permet la prise de décisions adaptées au plus proche de l'entité, en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement interne des secteurs d'activité.

Enfin, l'ensemble des auteurs s'accorde pour considérer que les savoir-faire caractéristiques du leadership ne sont pas innés et peuvent être appris ou renforcés par des formations et des accompagnements appropriés.

5.2.2. Avantages clés:

- Les buts et objectifs de l'organisme sont compris par le personnel et le motive.
- Les activités sont évaluées, alignées et mises en oeuvre de façon unifiée.
- Les défauts de communication entre les différents niveaux d'un organisme sont réduits au minimum

5.2.3. Aspects découlant de l'application du principe 2 «Leadership»:

- Prendre en compte des besoins de toutes les parties intéressées notamment les clients, les employés, les fournisseurs, les financiers, les collectivités locales et la société dans son ensemble.
- Etablir une vision claire du futur de l'organisme.
- Définir des objectifs et des cibles réalisables.
- Créer et entretenir des valeurs communes et des modèles de comportement fondés sur l'équité et l'éthique à tous les niveaux de l'organisme.
- Etablir la confiance et éliminer les craintes.
- Fournir au personnel les ressources et la formation nécessaires et la liberté d'agir de manière responsable.

5.3. Principe 3 – Implication du personnel

5.3.1. Principe et objectifs :

Les personnes à tous niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme.

Plusieurs éléments conduisent à mettre en place une démarche de nature participative :

- L'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs qualité.

Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement ;

- L'amélioration des processus suppose une réflexion de ceux qui mettent en oeuvre ces processus au quotidien ; une démarche participative permet d'identifier et de mettre en oeuvre les actions d'amélioration pertinentes.

Il est important de signaler que démarche participative ne signifie pas laisser-faire ou absence de maîtrise. Dans la démarche qualité, les axes stratégiques sont fixés à un niveau institutionnel et l'atteinte des objectifs opérationnels fait l'objet d'un suivi.

La démarche participative signifie que les objectifs sont définis avec les acteurs, qu'ils sont expliqués et compris pour permettre leur appropriation. Les modalités de déclinaison des objectifs font largement appel à la responsabilité et à l'autonomie des acteurs.

Cette autonomie est d'autant plus nécessaire que le domaine correspond à une activité complexe qui requiert des compétences permettant des prises de décision basées sur une expertise particulière.

5.3.2. Avantages clés:

- Personnel motivé, impliqué et engagé pour l'organisme.
- Innovation et créativité pour atteindre les objectifs de l'organisme.
- Membres du personnel responsables de leurs performances individuelles.
- Personnel soucieux de participer et de contribuer à l'amélioration continue.

5.3.3. Aspects découlant de l'application du principe 3 «Implication du personnel»:

- Le personnel comprend l'importance de sa contribution et de son rôle dans l'organisme.
- Le personnel identifie ce qui freine ses performances.
- Le personnel accepte d'être responsabilisé et d'assumer sa part de responsabilité à résoudre les problèmes.
- Le personnel évalue sa performance par rapport aux buts et objectifs individuels.
- Le personnel recherche activement des occasions d'accroître sa compétence, ses connaissances et son expérience.
- Le personnel partage librement le savoir-faire et l'expérience.
- Le personnel débat ouvertement des problèmes et des questions.

5.4. Principe 4 – Approche processus

5.4.1. Principe et objectifs :

Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus.

Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels. La formation initiale et la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels de chaque métier.

Ce mécanisme a permis et permet encore de grands progrès en terme de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations.

En effet, la spécialisation s'est accrue et le nombre de professionnels, tous bien formés et compétents, nécessaires dans un processus de fabrication de produits et/ou de rendu d'un service a fortement augmenté. De ce fait, se pose avec de plus en plus d'acuité le problème des relations entre les professionnels spécialisés, donc de l'organisation des interfaces.

L'approche par processus répond à cette problématique. Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la réalisation du produit ou à la prestation de service et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui y ont contribué. Elle améliore ainsi la performance des processus transversaux en décroissant l'organisation verticale traditionnelle.

La qualité produite, la satisfaction du client dépendent maintenant de cet aspect organisationnel au-delà de la qualité technique de chaque étape du processus concerné.

Dès lors, il faut faire porter les efforts sur l'organisation de la relation entre les professionnels. La transversalité consiste d'une part à sans cesse étudier les dysfonctionnements en regroupant les professionnels concernés afin que chacun connaisse non seulement sa prestation propre, mais aussi celles des autres, d'autre part quand cela est possible à organiser la production directement de manière transversale en réunissant les différents acteurs autour du processus. Les contraintes des uns et des autres sont ainsi identifiées, connues de tous, partagées et prises en compte.

C'est par cette démarche transversale qui conduit au découloisnement que l'essentiel des gains actuels en terme de qualité est acquis en augmentant l'efficacité collective.

5.4.2. Avantages clés:

- Coûts et durées de cycle réduits par l'utilisation efficace des ressources.
- Résultats améliorés, cohérents et prévisibles.
- Focalisation sur les opportunités d'amélioration et classement par ordre de priorité.

5.4.3. Aspects découlant de l'application du principe 4 «Approche processus»:

- Définition systématique des activités nécessaires pour obtenir un résultat désiré.
- Etablissement de responsabilités claires pour la gestion des activités clés.
- Analyse et mesure du potentiel des activités clés.
- Identification des interfaces des activités clés avec et entre les différentes fonctions de l'organisme.
- Focalisation sur les facteurs – notamment les ressources, les méthodes et les matériels – qui amélioreront les activités clés de l'organisme.
- Evaluation des risques, des conséquences et des impacts des activités sur les clients, les fournisseurs et d'autres parties intéressées.

5.5. Principe 5 – Management par approche système

5.5.1. Principe et objectifs :

Identifier, comprendre et gérer des processus corrélés comme un système contribue à l'efficacité et l'efficacité de l'organisme à atteindre ses objectifs.

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et d'outils de la qualité.

Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les causes des dysfonctionnements, de les mettre en oeuvre sous forme de plans d'actions, d'évaluer leurs effets et de les réajuster s'il y a lieu. Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

5.5.2. Avantages clés:

- Intégration et alignement des processus qui permettront d'atteindre au mieux les résultats désirés.
- Aptitude à focaliser les efforts sur les processus clés.
- Conférer aux parties intéressées la confiance dans la cohérence, l'efficacité et l'efficience de l'organisme.

5.5.3. Aspects découlant de l'application du principe 5 «Management par approche système»:

- Structuration du système pour atteindre les objectifs de l'organisme de la façon la plus efficace et efficiente.
- Compréhension des interdépendances entre les processus du système.
- Approches structurées avec harmonisation et intégration des processus.
- Assurer une meilleure compréhension des rôles et des responsabilités nécessaires pour réaliser les objectifs communs et réduire ainsi les blocages interfonctionnels.
- Comprendre les possibilités organisationnelles et établir avant d'agir les contraintes liées aux ressources.
- Cibler et définir comment devraient s'opérer des activités particulières au sein d'un système.
- Amélioration continue du système par le biais de mesures et d'évaluations.

5.6. Principe 6 – Amélioration continue

5.6.1. Principe et objectifs :

Il convient que l'amélioration continue de la performance globale d'un organisme soit un objectif permanent de l'organisme.

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et ses services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisée étape par étape. Elle peut être recherchée quel que soit l'état initial. La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle d'amélioration continue.

Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements.

L'amélioration continue peut être appliquée selon des modalités diverses. On peut ainsi mettre en oeuvre des changements pas à pas, nombreux et répétés, et également des modifications plus importantes menées sur un rythme accéléré comme dans le cas des méthodes par percées ou de la reconfiguration des processus.

5.6.2. Avantages clés:

- Avantage concurrentiel grâce à des capacités organisationnelles améliorées.
- Alignement des activités d'amélioration à tous les niveaux par rapport aux objectifs stratégiques de l'organisme.
- Souplesse et rapidité de réaction face aux opportunités.

5.6.3. Aspects découlant de l'application du principe 6 « Amélioration continue »:

- Utilisation d'une approche cohérente à l'ensemble de l'organisme en vue de l'amélioration continue de ses performances.
- Assurer la formation du personnel aux méthodes et outils d'amélioration continue.
- L'amélioration continue des produits, processus et systèmes devient un objectif de chaque individu dans l'organisme.
- Etablir des buts afin d'orienter l'amélioration continue et des mesures pour en assurer le suivi.
- Reconnaître et prendre acte des améliorations.

5.7. Principe 7 – Approche factuelle pour la prise de décision

5.7.1. Principe :

Les décisions efficaces se fondent sur l'analyse de données et d'informations.

5.7.2. Avantages clés:

- Décisions bien informées.
- Meilleure aptitude à démontrer l'efficacité des décisions antérieures par référence à des données factuelles enregistrées.
- Augmenter l'aptitude à examiner, mettre en cause et changer les opinions et les décisions.

5.7.3. Aspects découlant de l'application du principe 7 «Approche factuelle pour la prise de décision»:

- Garantir que les données et les informations sont suffisamment exactes et fiables.
- Rendre les données accessibles à ceux qui en ont besoin.
- Analyser les données et les informations à l'aide de méthodes valides.
- Prises de décisions et actions fondées sur une analyse factuelle, équilibrée par l'expérience et l'intuition.

5.8. Principe 8 – Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs

5.8.1. Principe :

Un organisme et ses fournisseurs sont interdépendants et des relations mutuellement bénéfiques augmentent les capacités des deux organismes à créer de la valeur.

5.8.2. Avantages clés:

- Aptitude accrue à créer de la valeur pour les deux parties.
- Souplesse et rapidité des réactions face à l'évolution du marché ou des besoins et des attentes du client.
- Optimisation des coûts et des ressources.

5.8.3. Aspects découlant de l'application du principe 8 «Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs»:

- Etablir des relations qui équilibrent les gains à court terme et des considérations à long terme.
- Mise en commun des acquis et des ressources avec les partenaires.
- Identifier et choisir les fournisseurs clés.
- Communication claire et ouverte.
- Partage d'information et des plans futurs.
- Etablir des activités communes de développement et d'amélioration.
- Inspirer, encourager et reconnaître les améliorations et les réalisations des fournisseurs.

6. Facteurs de réussite de la démarche qualité : [2, 6, 50]

Les conditions nécessaires au développement d'une politique d'établissement destinée à soutenir l'amélioration continue de la qualité sont fréquemment rappelées dans la littérature française et internationale. Elles sont également confirmées par l'expérience et les difficultés rencontrées par les établissements les plus avancés dans ce domaine. Nous allons mentionner les facteurs essentiels qui conditionnent le succès de la démarche dans le cadre de sa mise en oeuvre méthodique.

Facteurs – clefs de réussite	« Pourquoi » de la Qualité
Contexte concurrentiel	La qualité est considérée comme un outil d'amélioration compétitive et d'optimisation.
Autonomie des établissements	La qualité est la contre -partie « naturelle » des bailleurs de fonds institutionnels.
Volonté de la direction	La qualité augmente la garantie d'un système maîtrisé et en progrès.
Travail en réseau	La qualité augmente les échanges sur des bases de valeurs comprises et partagées par tous.

Tableau n° 2: Les facteurs clefs de réussite et les apports d'une démarche qualité

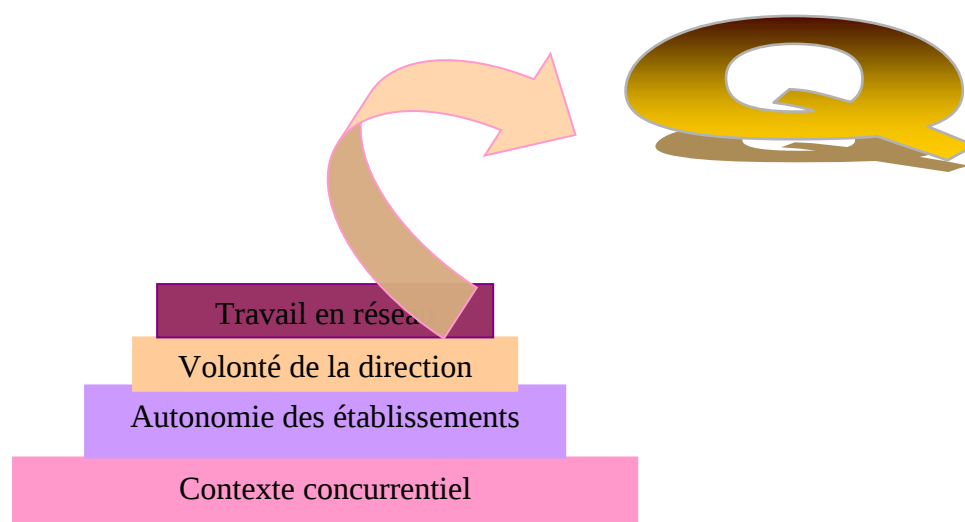


Figure 3 : Plus les facteurs-clefs de réussite s'accumulent, plus les chances d'atteindre la Qualité augmentent...

6.1. L'engagement explicite des responsables :

L'implication claire des responsables institutionnels, qu'ils soient médicaux, non médicaux ou gestionnaires, constitue un facteur déterminant pour la réussite d'une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé.

Cette implication conduit à exprimer dans les faits la détermination des responsables.

Celle-ci donne des preuves qu'ils attachent une réelle importance à la qualité et qu'elle constitue une dimension incontournable de l'évolution de l'établissement. Cette détermination et la clarté de la vision du rôle de la qualité dans le développement de l'établissement constituent une force d'entraînement de l'ensemble des acteurs de l'établissement.

L'engagement des responsables doit reposer sur un objectif clair et précis. Il doit être explicite et peut se concrétiser dans une déclaration formelle d'intention. Au-delà de cette déclaration formelle, il doit se matérialiser dans un certain nombre de pratiques et d'attitudes quotidiennes :

- La cohérence entre l'ensemble des orientations et décisions prises dans l'établissement et la politique qualité.

Cette cohérence repose sur l'appropriation des principes de la qualité qui conduit à prendre en compte de manière systématique les enjeux relatifs à la qualité. Ceci s'accompagne d'une communication forte informelle au quotidien sur la démarche qualité. La cohérence doit être particulièrement assurée d'une part entre l'organisation générale de l'établissement et les actions qualité engagées et d'autre part dans l'appréciation et l'allocation des moyens nécessaires à la conduite des actions engagées dans le cadre de la démarche qualité ;

- La disponibilité des responsables pour accompagner les démarches, ce qui conduit à inclure ce temps qui leur est nécessaire dans leur activité ;

- La transparence de l'information et des décisions. Cette transparence correspond à un principe fort de la qualité. Tous les acteurs sont conduits à partager la même information ; la décision est fondée sur cette information et l'ensemble des critères qui interviennent sont connus de tous les acteurs ; la persévérance dans la démarche est un élément important ; l'engagement doit être maintenu dans le temps. Le suivi régulier des mesures de la qualité est essentiel en ce sens ;

- L'exemplarité des responsables en respectant les principes et en pratiquant la rigueur demandée à l'ensemble des acteurs. Il peut s'agir pour les responsables de l'établissement de mener une action sur l'organisation générale de l'établissement ou sur un aspect important du fonctionnement ;
- La mise en place progressive d'incitatifs individuels ou collectifs à la réalisation des démarches, par exemple la prise en compte de la participation aux actions qualité dans le dispositif d'appréciation du personnel.

L'implication des responsables institutionnels doit ainsi permettre de surmonter deux types d'obstacles : celui des résistances individuelles et structurelles au changement, et celui d'éventuels réflexes de défense professionnelle quelquefois rencontrés dans les établissements de santé.

6.2. L'implication des professionnels :

La recherche d'une meilleure qualité de l'ensemble des prestations suppose que l'établissement et l'ensemble des professionnels qui y travaillent s'engagent dans une démarche concrète d'amélioration des processus et des pratiques de soins.

L'implication des professionnels est essentielle. Il faut mettre en oeuvre les démarches, mesurer les résultats, reconnaître leur avancée et poursuivre de façon continue.

Pour favoriser cette implication, il est important de porter attention à plusieurs points :

- L'association des professionnels : d'une part tous les acteurs impliqués dans le processus étudié doivent être associés à la démarche et régulièrement informés ; d'autre part les suggestions des professionnels doivent être prises en compte, encouragées et être à l'origine de projets ;
- Le respect des professionnels se manifeste sur plusieurs plans : d'une part, en aucun cas, un groupe professionnel ou un service ne doit prendre l'initiative unilatéralement d'en évaluer un autre. Si la pratique d'autres professionnels ou services est concernée par le sujet d'étude, alors il convient de les associer dès les premières étapes du projet. D'autre part, les initiatives des professionnels des secteurs d'activité doivent être respectées dans leurs dimensions individuelles et collectives. L'objectif est de fédérer ces actions et de valoriser ce qui a été entrepris.

6.3. Le patient : Raison d'être de la démarche :

La prise en compte des besoins et de la satisfaction du patient est la raison d'être de la démarche qualité. Mettre le patient au centre de la démarche et « faire entrer la voix du patient » dans l'établissement de santé sont essentiels pour assurer la cohérence de la démarche.

En effet, la complexité des processus de soins et la nécessité de maîtrise de résultats intermédiaires conduisent à réaliser de nombreux projets, dont certains sont spécialisés et ne sont plus en lien direct avec des enjeux d'amélioration liés au patient.

Pour éviter cet écueil, le pilotage de la démarche doit s'assurer en permanence de la cohérence de l'ensemble des démarches avec l'objectif initial de réponse aux besoins du patient, et notamment d'éviter des dérives dans lesquelles un élément particulier deviendrait une fin en soi au détriment du résultat global attendu.

Le patient doit également être intégré directement à la démarche dans le but de lui permettre de devenir un réel acteur de l'évolution de l'établissement de santé. C'est une relation authentique qui doit être recherchée et non une simple association formelle.

D'une façon plus générale, le patient sera appelé à intervenir de plus en plus largement dans les dispositifs d'amélioration de la qualité. Plusieurs évolutions récentes en attestent : la présence de représentants de patients dans le conseil d'administration des établissements publics, la présence de patients dans les comités de lutte contre les infections nosocomiales. Ces évolutions sont une chance pour la démarche qualité et donc pour le progrès de l'établissement.

6.4. La progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs :

Le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité est un projet à long terme. Il suppose l'appropriation progressive des principes et des méthodes par l'ensemble des professionnels de l'établissement et un apprentissage de nouveaux savoir-faire. Le nombre de sujets potentiels de démarche qualité et le nombre de problèmes à régler apparaissent rapidement importants. Le risque est donc de se fixer des objectifs trop ambitieux et de ne pas avoir la possibilité effective de les atteindre.

En conséquence, pour des raisons culturelles, techniques ainsi que de moyens disponibles, la démarche doit s'envisager de façon progressive.

Ce principe de progressivité conduit à se concentrer sur des priorités, c'est-à-dire sur les points qui produiront les améliorations les plus notables.

Ceci conduira notamment à repérer les processus-clés, à les améliorer ou les optimiser.

Sur chacune des priorités, il est nécessaire de s'assurer que les ressources requises, notamment la disponibilité des acteurs concernés, sont réelles et permettent d'atteindre l'objectif défini. Les méthodes de gestion de projet permettent de donner la visibilité sur ce point.

6.5. La communication interne :

Une communication interne bien conduite est un facteur de réussite de la démarche. Elle assure le partage du sens de la démarche, la diffusion des idées, la valorisation des démarches, la pérennisation des actions réalisées ; elle favorise la prise de conscience des professionnels quant aux besoins d'amélioration, aux enjeux de la qualité, aux résultats des démarches entreprises et de ce fait, suscite l'implication des acteurs et la démultiplication des actions.

La stratégie de communication doit permettre de définir le niveau d'information qui sera donné à chaque acteur pour qu'il puisse s'approprier la démarche. Il s'agit de définir ce qui est essentiel pour chacun afin d'être crédible et efficace.

6.6. Le développement des compétences et la formation :

La mise en oeuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité nécessite des compétences adaptées. Reposant souvent au départ sur la motivation de quelques-uns, l'extension de la démarche va nécessiter un développement progressif des compétences.

La formation doit permettre aux professionnels de comprendre les objectifs, de s'approprier les méthodes, de les expérimenter et de les mettre en oeuvre dans leur domaine de pratique. Ces mêmes professionnels pourront, le moment venu, et compte tenu de l'expérience locale acquise, apporter leurs conseils méthodologiques aux équipes qui s'engagent à leur tour.

Les points suivants méritent de retenir l'attention des responsables de l'établissement :

- La stratégie de formation doit d'une part être adaptée au contexte, et d'autre part, prévoir de répondre aux besoins des différentes cibles en fonction de leur rôle dans la démarche ou de leur fonction dans l'établissement ;

- La formation qui est assurée doit reposer essentiellement sur des cas concrets et des situations de pratique en relation directe avec les problèmes rencontrés. Les approches de type formation -action sont donc à privilégier ;
- Le délai qui s'écoule entre la formation et la mise en oeuvre pratique doit être le plus court possible. L'impact de la formation décroît en effet rapidement si les connaissances ne sont pas utilisées à très brève échéance.

6.7. La structuration de la démarche :

La mise en place des structures de pilotage et de coordination, ainsi que la définition de la responsabilité des différents acteurs sur la qualité, sont également un facteur clé de la démarche et de sa pérennisation.

Une attention particulière devra être portée au pluri professionnalisme de ces structures et à leur mode d'animation participatif.

DEUXIEME PARTIE

TRAVAIL PERSONNEL

I. CADRE DU TRAVAIL :

L'étude a été réalisée à la pharmacie centrale de l'hôpital universitaire et international Cheikh Zaid à Rabat sur 8 mois (du 15 Août 2006 au 15 Avril 2007), sous la direction du pharmacien chef de service: Docteur Bouazza Omar.

1. La fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan [9]

La fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan est une institution à but non lucratif dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, créée en 1993 et administrée par un conseil d'administration, elle a pour missions principales :

- Offrir des prestations médicales aux malades ;
- Créer et gérer des établissements de soins dont l'Hôpital Cheikh Zaid.
- Cette fondation a également pour mission de contribuer avec les autres administrations concernées à :
- L'Etude des maladies et des moyens propres pour les prévenir et pour les combattre ;
- La poursuite et le développement des travaux de recherche et de soins ;
- La formation du personnel scientifique et technique dans le domaine de la santé ;
- La coopération avec tout organisme ou administration poursuivant au Maroc ou à l'étranger un but similaire.

2. L'hôpital Cheikh Zaid [9]

L'Hôpital Cheikh Zaid est un service hospitalier de la dite fondation, situé à quelques kilomètres de l'hôpital Avicenne, il assure un confort hôtelier et des soins de qualité d'un établissement de santé à but non-lucratif. L'hôpital est dirigé par une personnalité désignée par sa majesté le roi. Il constitue une partie intégrante du centre hospitalier et universitaire de Rabat.

Le directeur de l'hôpital rend compte de sa gestion au directeur de la fondation et au conseil d'administration auquel il présente un rapport annuel sur le fonctionnement de l'hôpital.

Dans le dahir du 10 septembre 1993 portant création de la Fondation Cheikh Zaïd Ibn Sultan et de l'hôpital Cheikh Zaïd qui en dépend, il est expressément stipulé le caractère à but non-lucratif de l'établissement et son rôle d'utilité publique. De par son statut et ses missions particuliers, il peut donc bénéficier de l'aide de l'Etat, que ce soit sous forme de subvention ou de mise à disposition de personnel.

Les patients qui viennent à l'hôpital Cheikh Zaïd sont les patients appelés désormais AMO et qui sont couverts soit par la CNSS, soit par la CNOPS. Les affiliés de la Fédération des assurances privées et des patients payants comme n'importe quelle clinique privée. Outre ses 188 lits d'hospitalisation, l'hôpital Cheikh Zaïd offre un plateau technique très avancé avec un bloc opératoire de 8 salles d'opérations spécialisées, une autre salle opératoire au service des urgences qui comporte 4 postes de déchoquage, une unité de chimiothérapie et une autre d'hémodialyse, un laboratoire et un service d'imagerie,... Le mode de gestion de l'hôpital repose sur une certaine souplesse qui engendre une grande responsabilité et responsabilisation, par conséquent il est rapidement constaté que la maintenance des équipements ainsi que leurs achats se font dans les meilleurs délais, et que les médicaments sont délivrés aux patients en temps réel et sans aucun risque de rupture de stock.

3. La pharmacie centrale :

3.1. Présentation

La pharmacie centrale est un service rattaché à la direction médicale de l'hôpital Cheikh Zaid, sa création a réellement débutée en septembre 2003. (Annexe I)

3.2. Missions

La pharmacie centrale a pour missions principales :

- Approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux des services de soins de l'hôpital Cheikh Zaid chaque jour de l'année et à toute heure.
- Contribution à la sécurité d'utilisation des médicaments grâce à un support aux unités de soins dans le domaine de la logistique, de la préparation et de l'administration des Médicaments dans un cadre où la matériovigilance et la pharmacovigilance priment.
- Participation au choix des médicaments sur la base des critères d'efficacité, de sécurité et d'économicité
- Achat des médicaments
- Gestion de stock
- Distribution aux unités de soins selon leurs demandes informatisées
- Support logistique aux unités pour assurer un stockage sûr et performant
- Elle vise à promouvoir la sécurité de dispensation et d'administration des médicaments.

3.3. Organisation du service [35]

La pharmacie centrale est composée de six unités qui sont les suivantes :

- Unité de Pré-Achat. ;
- Unité des Entrées Achats ;
- Unité de Pré-Facturation ;
- Unité de Gestion des Dépôts ;
- Magasins ;
- Unité qualité.

Les attributions des différentes unités sont les suivantes :

❖ Unité de Pré Achat :

Cette unité assure la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux, tout en minimisant les stocks afin d'éviter des immobilisations financières trop grandes.

Dans cette perspective, l'unité Pré Achat a pour tâche de réduire les dépenses dans la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux, tout en répondant aux impératifs d'efficacité.

Le recensement des besoins se fait sur la base de l'historique de la consommation (support informatique : AZclinique) ainsi que sur les demandes spécifiques et particulières des prescripteurs (Bon de Commande interne Magasinier).

Sur la base de ces informations, l'unité de Pré Achat doit faire les propositions les plus appropriées afin de réduire les niveaux de stocks tout en minimisant les risques de rupture de stock. Ces besoins sont remis au service d'Approvisionnement sur la base d'un bon de commande interne « AZclinique ».

L'unité de Pré Achat a également pour tâche de faire l'évaluation des fournisseurs selon des indicateurs de performances.

Horaires de travail :

Du lundi au vendredi :

- De 8h à 12h
- De 14h30 à 18h30.

Le samedi :

- De 8h à 12h.

❖ Unité des Entrées Achats :

Cette unité a pour mission de saisir informatiquement toutes les entrées en médicaments ou dispositifs médicaux reçus au niveau de la pharmacie centrale à la suite d'une commande faite par téléphone ou sur la base d'un bon de commande du service d'Approvisionnement.

Cette unité a également pour tâche de traiter les factures Fournisseurs correspondantes aux entrées achats puis de remettre au service approvisionnement une copie du bon de livraison, du bon de commande, de la facture et éventuellement la facture Pro Format pour le règlement.

Horaires de travail :

Du lundi au vendredi :

- De 8h à 12h.
- De 14h30 à 18h30.

Le samedi :

- De 8h à 12h.

❖ **Unité de Pré -Facturation :**

Cette unité est chargée du traitement informatique, à l'aide d'un logiciel AZclinique, des Bons suivants :

- De commande patient
- De retour patient
- D'alimentation service
- De Consommation patient
- Sous forme d'ordonnance

Qui émanent des différents services de soins de l'hôpital.

Cette unité est constituée de 3 principaux agents.

Horaires de travail :

Du lundi en vendredi : de 8h à 20h selon le planning suivant :

- 8h à 15h agent N° 1.
- 9h30 à 18h30 agent N°2.
- 14h à 20h agent N°3.

Le samedi :

- De 8h à 12h agent N°2.
- De 8h à 18h agent N°1.

Le dimanche :

- De 8h à 18h agent N°1.

En cas de modification de ce planning, le personnel est avisé par une note de service interne du Pharmacien chef de service.

❖ **Unité de Gestion des Dépôts :**

La mission principale de cette unité est la gestion de tous les produits en dépôt à savoir :

- Le paramétrage des produits.
- La saisie des entrées
- Le transfert des produits d'un point de stockage à un autre.
- La facturation des consommations.

- Le traitement des BL, Factures, Factures Pro-format.
- La remise des copies de ces derniers au service Approvisionnement pour le règlement.

Horaire de travail :

Du lundi au vendredi

- De 8h à 12h
- De 14h30 à 18h30.

Le samedi :

- De 8h à 12h.

❖ Magasins :

On distingue 2 magasins :

- Le magasin des Médicaments.
- Le magasin des Dispositifs Médicaux

Les magasiniers respectifs sont responsables des entrées et stockages de tout les produits pharmaceutiques, identification et codification ainsi que leur dispensation et livraison aux services requérants.

Horaire de travail :

Du lundi au vendredi :

- De 8h à 15h30 agent N°1.
- De 14h à 20h agent N°2.

Le samedi et le dimanche :

- De 8h à 18h agent N°1.

Chaque magasin comprend 2 magasiniers, un agent par tranche horaire.

❖ Unité qualité :

Cette unité est constituée du Responsable qualité et de son suppléant. Ses attributions sont les suivantes :

- Mettre en place le système qualité, d'en assurer la gestion et d'en suivre l'évolution ;
- Préparer, organiser et gérer tous les documents qualité décrivant les dispositions générales relatives à la pharmacie centrale (Manuel Qualité, procédure,...) ;
- Organiser les audits internes ;
- Préparer la revue de direction.

II. DES PRINCIPES A LA MISE EN OEUVRE D'UNE

DEMARCHE QUALITE EN PHARMACIE HOSPITALIERE :

1. Objectifs :

La deuxième partie de notre document expose les différents éléments de structuration de la démarche qui sont à mettre en oeuvre d'une manière adaptée au contexte de la pharmacie hospitalière. Il n'existe pas de démarche clé en main mais un ensemble de concepts, principes, méthodes à mettre en oeuvre de manière cohérente, progressive et pédagogique. Pour toutes ces raisons, il s'agit d'une démarche de management adaptée aux bonnes pratiques de la pharmacie hospitalière.

2. Hypothèses de travail :

Au regard de l'évolution du contexte de la formation et de la complexité des notions abordées précédemment, l'engagement d'une pharmacie hospitalière dans une démarche qualité aura des répercussions sur le dispositif, en terme de management, notamment pour le directeur. Les trois hypothèses suivantes peuvent donc être formulées :

- L'autoévaluation nécessaire à la mise en oeuvre d'une démarche qualité permet à l'équipe d'analyser son fonctionnement et donc de l'améliorer.

- L'ensemble de l'équipe se mobilise autour de l'harmonisation de ses pratiques professionnelles pour les formaliser.

- S'interroger sur la qualité permet au directeur de l'hôpital, au pharmacien chef de service et à l'équipe de repérer, et traiter les éventuels dysfonctionnements pour les anticiper.

III. MISE EN OEUVRE :

Suite à une concertation au sein de l'hôpital Cheikh Zaid, le 05 Novembre 2005, une Commission Qualité a été créée le 01 Janvier 2006.

Elle comprend plusieurs membres dont le directeur général de l'hôpital, le pharmacien chef de service et le responsable qualité. Elle réunit l'ensemble du personnel de la pharmacie et a pour objectif d'étudier la démarche qualité et les modalités de sa diffusion.

Une démarche Qualité va permettre d'apprécier l'existant c'est à dire d'analyser la qualité des prestations dans la pharmacie centrale de manière à pouvoir améliorer de façon continue la prise en charge globale d'un client ou d'un service.

Le principe de l'amélioration continue de la qualité décrit en 1951 par William Edwards Deming sous le terme de cycle PDCA ou roue de la qualité, semble parfaitement adapté pour améliorer les performances d'une structure avec le temps, par petites étapes, en s'appuyant sur le savoir-faire des professionnels de santé et en optimisant les processus et les modes d'organisation.

Nous allons appliquer ce principe pour tenter d'établir des lignes directrices et des recommandations pour la mise en place d'un système qualité au sein de la pharmacie centrale de l'hôpital universitaire et international Cheikh Zaid.

1. PREMIERE ETAPE : PREVOIR.

1.1. Entreprendre une démarche qualité.

Le succès de la mise en œuvre d'une démarche qualité dépend de deux paramètres essentiels

1.1.1. Engagement de la direction. [35]

La direction générale de l'Hôpital Cheikh Zaid démontre son engagement à mettre en place un système de Management de la qualité, au niveau du service de la pharmacie centrale, par un document écrit qui reprend les points suivants :

- **La définition de la Politique qualité.**
- **La définition des objectifs qualité** sur une base annuelle et leur passage en revue lors de la revue de direction.
- **Le suivi de la planification qualité** déclinant les actions à réaliser pour atteindre chaque objectif.
- **La mise à disposition des ressources nécessaires** tant humaines qu'au niveau de la cohérence des moyens mis à disposition.

La direction médicale reprend la politique qualité de la direction générale qu'elle décline en objectifs et s'engage à fournir les ressources nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Le Pharmacien chef de service s'engage à son niveau à mobiliser les ressources nécessaires pour réussir la démarche qualité au sein de son service et ce par :

- **La sensibilisation de tout le personnel** aux exigences du client. Cette sensibilisation est quotidienne : la présence des dirigeants à côté du personnel et du Responsable Qualité constitue la meilleure sensibilisation qui puisse être envisagée.
- **L'établissement et le maintien du système de management de la qualité.**
- **La tenue des revues de direction**, au minimum une fois par an. Il vérifie lors de ces revues l'efficacité du système et les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

1.1.2. Définition de la politique qualité.

La politique qualité définit les objectifs et les enjeux de la qualité pour les clients (amélioration de la satisfaction, identification des besoins latents, compétitivité) mais aussi pour la structure elle-même (efficacité, rentabilité).

La politique qualité doit organiser et formaliser la démarche qualité : désigner des responsables, fournir des moyens, constituer si nécessaire un comité de pilotage, des groupes projets, fixer des délais... Elle est définie dans l'engagement de la direction, et s'articule autour des quatre approches suivantes :

- Approche Client ;
- Approche Processus ;
- Approche Organisation ;
- Approche Individu.

Ces quatre approches découlent des axes stratégiques adaptés à la pharmacie centrale.

La politique qualité est communiquée au sein de la pharmacie centrale en utilisant les canaux de communication disponibles tel que l'affichage et les réunions. Des séances de sensibilisation et de formation sont organisées par le responsable qualité pour expliquer celle-ci afin que sa compréhension soit facile.

La politique qualité est revue lors de la revue de direction ou en cas de besoin si nécessaire.

Les objectifs qualité sont :

- Définis annuellement en revue de direction ;
- Mesurés par des indicateurs ;
- Examinés par les pilotes suivant les explications définies.

1.2. Mise à disposition des ressources :

Pour atteindre les objectifs, la direction définit et fournit les ressources nécessaires. Ces besoins en ressources (personnel, matériel) sont évalués lors des revues de direction, lors des réunions de comité de direction et lors de la planification des processus existants, des modifications affectant ces processus ou des nouveaux processus à mettre en place et confirmé par l'engagement et la politique qualité.

Les ressources de la pharmacie centrale se distinguent selon leur nature en trois catégories :

- Les ressources humaines ;
- Les infrastructures ;
- L'environnement de travail.

1.2.1. Ressources humaines :

Un processus de « gestion des ressources humaines » est identifié au sein de la pharmacie centrale et externalisé ; un cahier des charges est établi dans ce sens avec le « service ressources humaines » de l'Hôpital Cheikh Zaid.

En ce qui concerne l'organisation interne du personnel, elle est gérée selon la procédure de gestion du personnel qui a pour objet de décrire les modalités de recrutement et d'insertion professionnelle au sein de la pharmacie centrale.

Cette procédure a pour objectifs de permettre de faire connaître la structure, l'organisation et les activités de la pharmacie centrale à tout nouveau personnel, d'évaluer ses compétences afin d'assurer une insertion réussie, et une adéquation profil existant/poste à promouvoir au sein de la pharmacie centrale. Elle s'applique à toutes les nouvelles recrues.

La pharmacie centrale réalise annuellement un certains nombres de formation, celles qui peuvent être réalisées en internes sont faites et les autres sont transmises au service personnel de l'hôpital.

Les modalités de gestion de la formation et des compétences sont décrites dans la procédure de formation qui spécifie les dispositions à prendre pour l'évaluation des besoins en formation du personnel de la pharmacie centrale, les différentes étapes de la préparation de plan de formation interne et défini les responsabilités des fonctions concernées.

Les dispositions de la communication en interne permettent d'assurer une prise de conscience chez le personnel en ce qui concerne l'importance des tâches et la contribution à la réalisation des objectifs déclarés.

1.2.2. Infrastructures

La direction détermine, fournit et entretient les infrastructures nécessaires (les locaux de travail et de stockage, les équipements de stockage, les dispositifs de surveillance et de mesure, les moyens informatiques) pour atteindre les objectifs qualité.

Ces infrastructures doivent satisfaire les exigences définies :

- Pour la sécurité du produit et des personnes,
- Dans les bonnes pratiques d'hygiène, de maintenance, ...

Les dispositions pour le maintien du bon fonctionnement des différentes infrastructures sont belles et bien décrites dans le cahier des charges avec la « Direction Technique » de l'Hôpital Cheikh Zaid :

- La maintenance
- Hygiène et Sécurité

Parmi elles figurent : le plan des locaux, le plan de sécurisation (caméras, extincteurs et issues de secours), les plannings de maintenance et le planning de nettoyage.

En ce qui concerne l'organisation interne des équipements, la pharmacie centrale a prévu un dossier matériel pour la chambre froide et le réfrigérateur décrit dans la procédure maîtrise des équipements, locaux et données informatiques. Cette procédure définit la coordination des activités des personnes et des moyens matériels intervenant dans les travaux d'entretien, de maintenance entre la pharmacie centrale et la direction technique de l'hôpital Cheikh Zaid.

1.2.3. Environnement de travail :

L'environnement de travail est important pour :

- La sécurité du produit
- La sécurité au travail
- La motivation et le bien-être du personnel

La direction veille d'une façon durable au maintien d'un environnement adéquat dans lequel chacun peut s'impliquer dans l'atteinte des objectifs généraux.

L'environnement de travail est pris largement en considération dans les dispositions décrites dans le processus « Hygiène et Sécurité » et dans la planification de la réalisation du produit.

Les espaces de travail, dans lesquels sont exécutés les processus et qui peuvent être considérées comme influents sur la qualité des prestations ou des produits, constituent l'environnement de travail.

1.3. Choisir un référentiel :

Un référentiel est pour Le Larousse un ensemble d'éléments formant un système de références.

Un référentiel doit avant tout être un guide simple qui permette à une structure de développer progressivement un système de management de la qualité. Il doit constituer une trame dans laquelle la structure va s'intégrer. Tout système directif et rigide sera perçu comme une intrusion et sera plus difficilement adopté par les professionnels.

Les normes ISO spécifient des exigences en matière de système de management de la qualité. La famille des normes ISO 9000 correspond à un ensemble de référentiels de bonnes pratiques de management en matière de qualité, portés par l'organisme international de standardisation.

Les normes ISO 9000 ont été originellement écrites en 1987, puis elles ont été révisées en 1994 et à nouveau en 2000. Ainsi, la norme ISO 9001 Version 2000, faisant partie de la famille ISO 9000, porte essentiellement sur les processus permettant de réaliser un service ou un produit alors que la norme ISO 9001 Version 1994 était essentiellement centrée sur le produit lui-même. Voici une présentation synthétique des différentes normes de la famille ISO 9000 :

- **ISO 9000** : La norme ISO 9000 décrit les principes d'un système de management de la qualité et en définit la terminologie. [43]
- **ISO 9001** : La norme ISO 9001 décrit les exigences relatives à un système de management de la qualité pour une utilisation soit interne, soit à des fins contractuelles ou de certification. Il s'agit ainsi d'un ensemble d'obligations que l'entreprise doit suivre. [44]
- **ISO 9004** : Cette norme, prévue pour un usage en interne et non à des fins contractuelles, porte notamment sur l'amélioration continue des performances. [45]
- **ISO 10011** : "Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management de la qualité et/ou de management environnemental". [46]

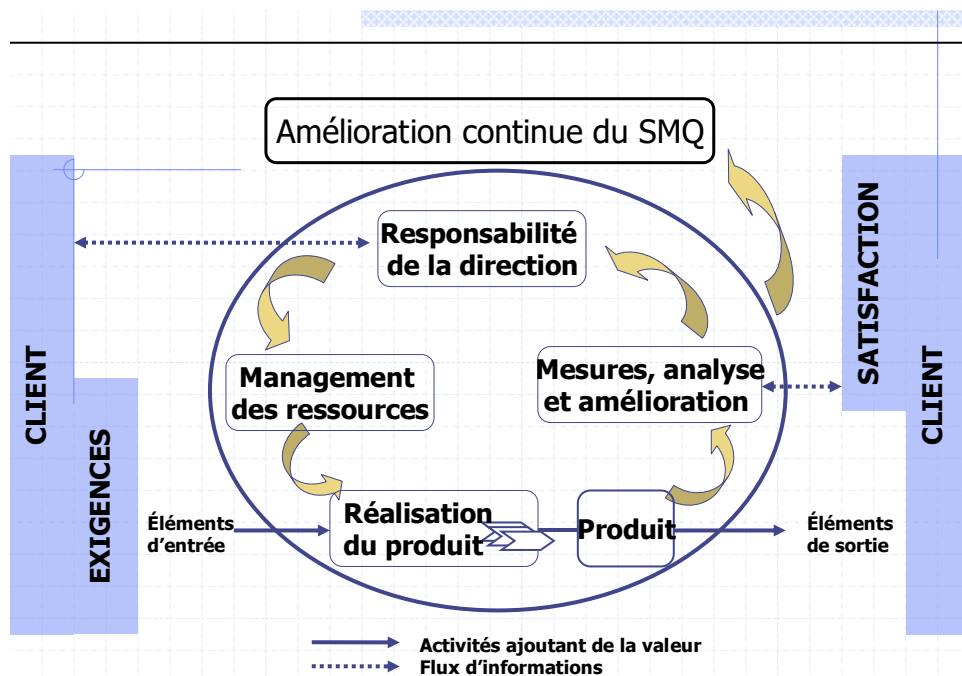


Figure 4 : Structure de la norme ISO 9001

2. DEUXIEME ETAPE : METTRE EN ŒUVRE.

2.1. Planifier la qualité :

Selon la norme ISO, la "planification" est l'"ingénierie" de la qualité, soit la conception globale des mesures à prendre pour que l'ensemble soit efficace et optimal.

Un aspect important d'une démarche qualité est sa planification dans le temps. Sans planning clairement défini, la démarche a peu de chances d'aboutir.

Un planning permet de classer les actions relatives aux objectifs définis, de les hiérarchiser mais aussi de mettre en place les moyens nécessaires tant humains que matériels pour les réaliser. Le planning peut être un simple tableau qui sera affiné progressivement avec l'appropriation des concepts qualité.

La planification du système de management de la qualité au sein de la pharmacie centrale est assurée par :

- Les processus de réalisation du produit;
- La revue de direction ;
- La planification des audits qualité internes ;
- La planification de la formation ;
- La planification des actions d'améliorations «Actions correctives et préventives»
- La planification des ressources à mettre en place.

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Réunion qualité	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Politique qualité	X											
Réglementation	X											
Manuel qualité	X			X			X			X		
Processus	X	X	X									
Organigramme	X											
Fiches de poste	X											
Fiches de fonction	X											
Gestion documentaire	X											
Procédures	X	X	X									
Indicateurs	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Non conformité	X											
Diagnostic qualité	X											
Revue de processus				X			X			X		
Audits							X					
Revue de direction							X					

Tableau n°3 : Planification de la qualité.

Les étapes qui n'ont pas été déjà traitées seront explicitées dans les pages suivantes.

Ainsi les objectifs étant définis, les normes réglementaires appliquées et les textes réglementaires disponibles (imprimés et rangés dans un classeur), le manuel qualité peut être rédigé.

2.2. Rédiger le manuel qualité : [41]

Le manuel qualité est un document de présentation de la structure, de ses acteurs, des services fournis, de son organisation et de son fonctionnement. Il décrit les dispositions prises par la pharmacie centrale pour répondre aux exigences de la norme ISO 9001 Version 2000. Il constitue le premier niveau de l'architecture documentaire du Système Qualité.

C'est le dispositif du système de management de la qualité établi en conformité avec les chapitres de la norme ISO 9001 Version 2000.

Le manuel qualité est :

- Rédigé par le responsable qualité.
- Vérifié par le responsable qualité et le major.
- Approuvé par le pharmacien chef de service

Le manuel qualité est rédigé selon un plan « ISO » :

- L'historique de l'établissement, son adresse, son effectif, son chiffre d'affaires...
- L'organisation et les responsabilités associées avec l'engagement de la direction, la politique qualité, la planification de la qualité, l'organigramme hiérarchique, les moyens d'information et de communication internes, la gestion du système documentaire...
- Le fonctionnement de l'établissement avec la gestion des ressources humaines (besoins de recrutement, intégration des nouveaux collaborateurs, besoins en formation) et la gestion des installations et de l'environnement de travail...
- La réalisation des services (description), les moyens de communication avec les clients, les achats...
- Les principes d'amélioration mis en œuvre avec les audits, les non conformités, l'analyse des données, les actions correctives et /ou préventives.

Chaque chapitre fait référence aux procédures correspondantes et une liste récapitulative peut être définie en annexe.

La rédaction du manuel qualité sera complétée au cours du temps en fonction de l'évolution de la démarche qualité.

2.3. Etablir la démarche processus :

2.3.1. Définir les processus : [12, 41]

Les processus existent dans la structure mais sont rarement explicités.

Un processus est un système d'activités qui utilise des ressources pour transformer des éléments entrants en éléments sortants.

La fiche d'Identité des Processus (FIP) est un document permettant de définir les pilotes et les clients du processus ainsi que les éléments d'entrée et de sortie de chaque activité, il est mesurable par des indicateurs et des tableaux de bord qualité. (Annexe II)

La « fiche d'identité » d'un processus comprend obligatoirement :

- Un intitulé clair et précis,
- Un fait déclencheur (situation de départ, résultat d'un autre processus),
- Une fin avec une ou des données de sortie visant à satisfaire le ou les clients du processus clairement identifié(s),
- Un enchaînement logique d'activités, chaque activité correspondant à une valeur ajoutée, avec pour chacune les données d'entrée et les données de sortie,
- Les ressources nécessaires (humaines, matérielles...).

On peut classer les processus selon trois types :

- Les processus de réalisation, les plus faciles à identifier, qui contribuent directement à la réalisation du produit,
- Les processus supports qui apportent les ressources nécessaires aux processus de réalisation,
- Les processus de direction qui orientent et assurent la cohérence des processus de réalisation et des processus supports en déterminant la politique et les objectifs de l'organisme.

Une représentation graphique des séquences de processus avec leurs interfaces fondamentales peut être proposée : c'est la cartographie des processus.

Les modes de représentation graphique facilitent la compréhension et permettent une approche « zoomée » sur les processus et les activités qu'ils regroupent.

2.3.2. Identifier les processus :

Les processus identifiés au sein de la pharmacie centrale sont :

Processus de management : ce sont les processus qui fournissent des directives aux autres processus à partir de l'analyse des différentes informations disponibles (Audit, Revue de Direction, attentes et satisfaction des clients, indicateurs fournis par les processus...), nous avons pu identifier quatre processus qui sont :

- Management
- Gestion du système management de la qualité
- Communication
- Ecoute client

Processus opérationnels : ce sont les processus qui interviennent dans la réalisation du produit ou de la prestation, nous avons pu identifier cinq processus qui sont :

- Approvisionnement
- Gestion des Entrées
- Gestion des stocks
- Pré facturation
- Dispensation (livraison et distribution)

Processus support : ce sont les processus qui fournissent les ressources (matérielles, financières...) à tous les processus, nous avons pu identifier trois processus qui sont :

- Gestion des ressources humaines
- Maintenance
- Hygiène et sécurité

Remarque: ces processus support sont tous externalisés (sous traités avec les autres services de l'Hôpital Cheikh Zaid).

Après l'identification des processus, nous avons schématisé cette description sous forme de cartographie des processus, dont le but est uniquement pédagogique : pouvoir représenter l'activité de tout le service de la pharmacie centrale à travers un seul schéma.

Une cartographie est une représentation graphique qui donne à voir l'ensemble des processus que l'entreprise met en oeuvre pour assurer les missions qui sont les siennes. En fait elle devient la référence obligée bien qu'elle ne soit une exigence de la norme ISO 9001 (2000).

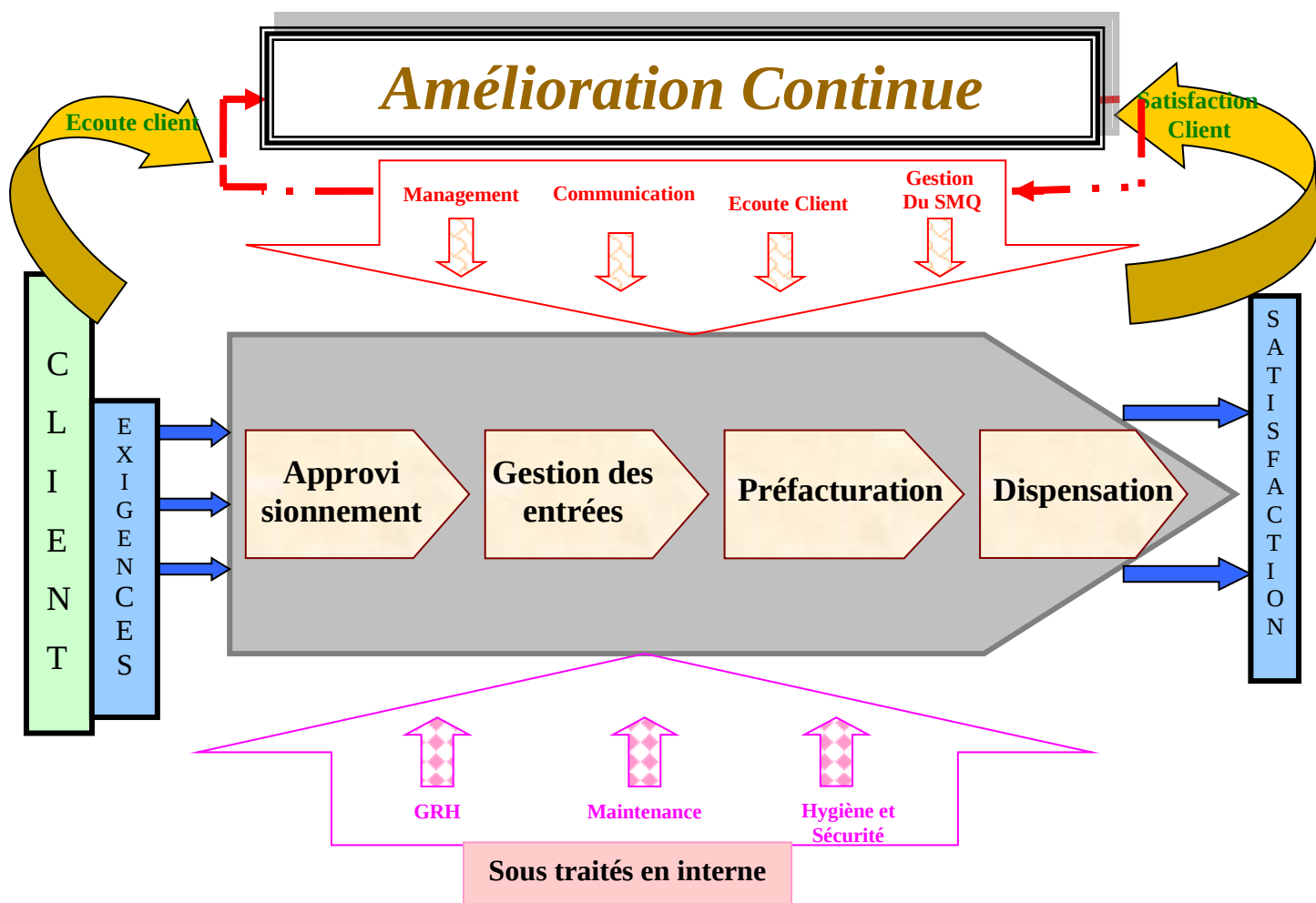


Figure 5:Cartographie des macroprocessus de la Pharmacie Centrale

En tenant compte des exigences du client, la pharmacie élabore ses besoins en produits puis procède à la préfacturation et à la dispensation. Dans cette perspective, la pharmacie doit mobiliser des ressources qui sont le personnel, le matériel, les locaux en collaboration avec d'autres services de l'Hôpital tel : le service approvisionnement, le service technique, le service personnel.

Tout ce système est supervisé par un certain nombre de cahier de charge et de processus qui sont les processus de management ; ils représentent le moteur de l'amélioration continue, cette dernière ne peut aboutir aussi sans prendre en considération le feed back : écoute des besoins client pour bien identifier ses exigences et la mesure de sa satisfaction pour améliorer encore plus la qualité de la prestation.=> **le client est la plaque tournante de toute entreprise et sa raison d'être donc sa satisfaction est la devise de toute structure.**

2.3.3. Décrire les processus : [34]

Une procédure est un document précisant comment les principes du système de management de la qualité sont mis en application pour un processus donné. Elles constituent avec les processus le deuxième niveau de la structure documentaire du système qualité de la pharmacie. Une représentation graphique sous forme de logigramme facilite la diffusion et la compréhension des procédures relatives aux processus.

Un logigramme est un code de présentation : c'est une technique de visualisation d'une étape clé d'un processus indiquant l'enchaînement des activités et des décisions nécessaires à la réalisation d'une fonction.

Le logigramme répond aux questions :

- qui ?
- fait quoi ?
- comment ?
- avec quelles informations et quels outils ?

Un logigramme débute à la prise en compte d'un besoin et aboutit à la satisfaction de ce besoin.

Nous allons prendre l'exemple du logigramme de la procédure de dispensation dans la pharmacie centrale. (Figure 6)

Les codes des fonctions utilisés sont les suivants :

- 1 : MME : Magasiniers des médicaments
- 2 : MDM : Magasiniers des dispositifs médicaux
- 3 : MAJ : Major
- 4 : AUPF : Agent de l'unité de pré -facturation
- 5 : PCS : Pharmacien chef de service

Les codes des documents utilisés :

BCSM, BCSDM: Bon de Commande du Service Médicaments et Dispositifs Médicaux

BTP : Bon de Tirage Pharmacie

BLC: Bon de livraison (pharmacie consommée)

BASM, BASDM : Bon d'Alimentation du Service Médicaments et Dispositifs Médicaux

BTA: Bon de Tirage Pharmacie (mouvements internes)

BLA: Bon de Livraison (mouvements internes)

FS: Fiche de Stock

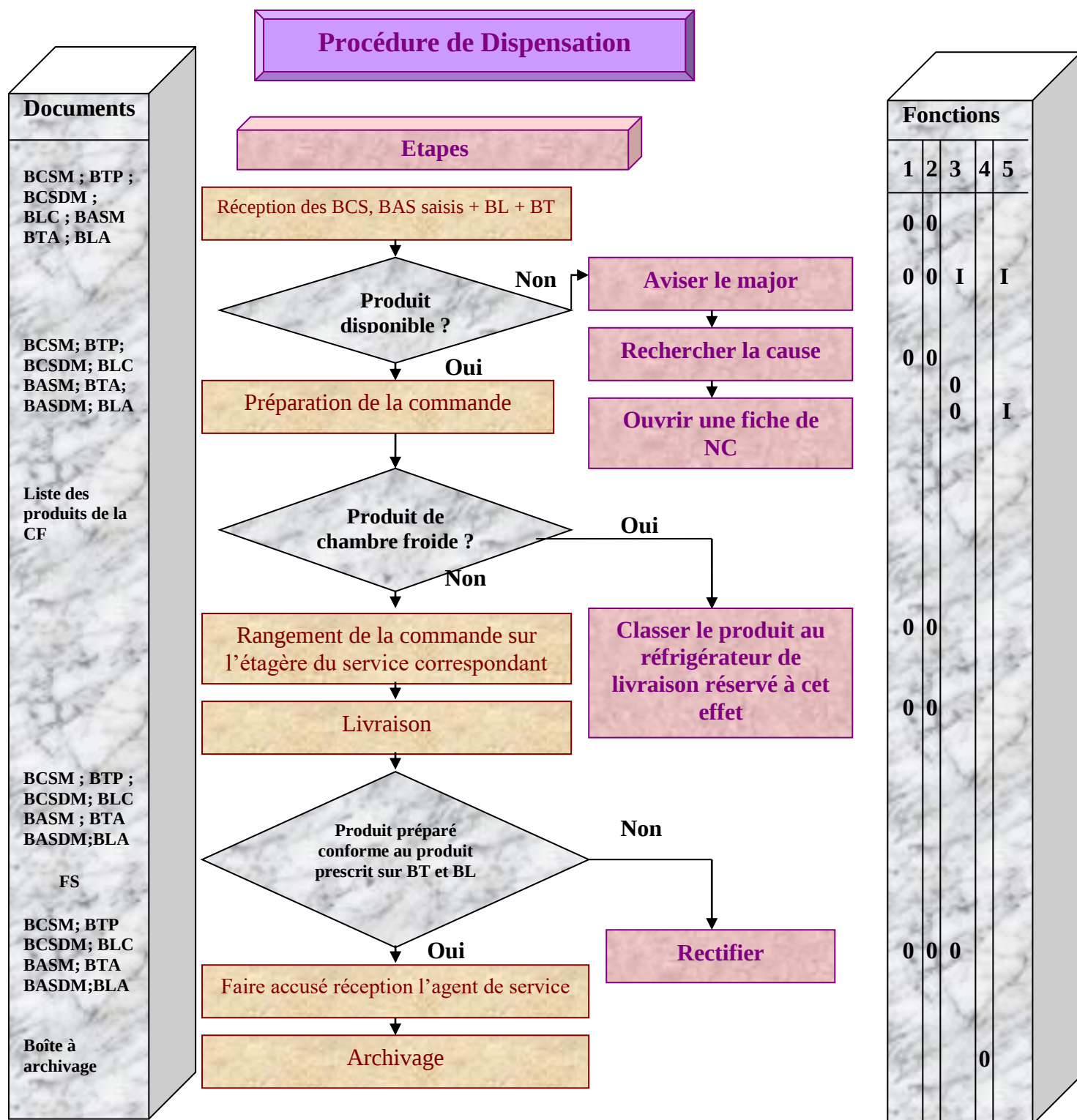


Figure 6 : Logigramme de la procédure de dispensation

Nous allons décrire les processus opérationnels identifiés au sein de la pharmacie centrale :

- **Procédure d'approvisionnement :**

Cette procédure décrit les modalités suivies par la pharmacie centrale pour évaluer ses besoins en produits. Elle concerne tous les besoins en approvisionnement de la pharmacie centrale (médicaments et dispositifs médicaux).

- **Procédure de gestion des entrées achats :**

Cette procédure spécifie les dispositions à prendre pour la réception, la saisie et le stockage des produits achetés. Elle concerne la réception des produits à la pharmacie centrale, leur saisie et leur stockage. Elle est applicable pour tout type de produit commandé par la pharmacie centrale, qu'il s'agisse de médicaments ou dispositifs médicaux.

- **Procédure de pré facturation :**

Cette procédure explicite les dispositions de pré-facturation mise en place au sein de la pharmacie centrale. Elle spécifie les différentes étapes de la pré-facturation depuis la réception du Bon de Commande jusqu'à la dispensation de la commande.

Cette procédure s'applique à tous les Bons de Commande, d'alimentation, de consommation et les ordonnances qui arrivent au niveau de la pharmacie centrale.

- **Procédure de Dispensation :**

Cette procédure précise comment est effectuée la dispensation des médicaments et dispositifs médicaux au sein de la pharmacie centrale. Elle a pour objectif de maîtriser la livraison des médicaments ou dispositifs médicaux commandés par les clients avec traçabilité.

2.4. Etablir l'organigramme hiérarchique :

La pharmacie centrale a défini son mode d'organisation et de fonctionnement.

C'est le « qui fait quoi ».

Un organigramme permet de préciser la place et l'autorité de chacun, d'établir les fiches de fonctions, de répartir les responsabilités mais aussi d'impliquer le personnel en reconnaissant et formalisant sa contribution à la gestion de la structure, notamment à la mise en place d'un système de management de la qualité.

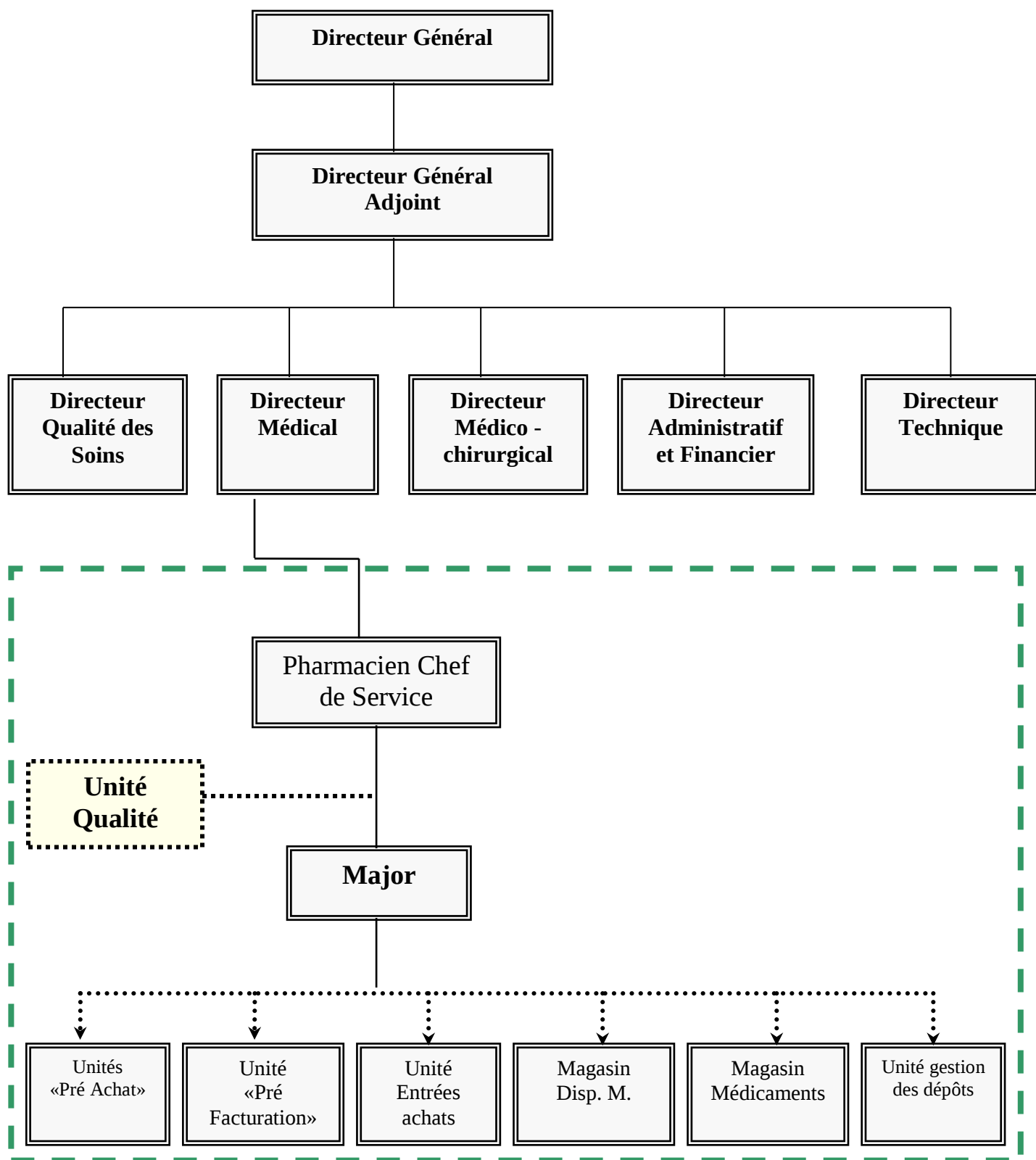


Figure 7 : Organigramme hiérarchique de l'hôpital Cheikh Zaid

Sommaire :

 : Périmètre à certifier ISO9001V2000.

2.5. Organiser le système documentaire :

Le système documentaire est un élément fondamental de la réussite d'un système de management de la qualité. Il doit être adapté à la taille de l'entité et son degré de détail reflète la complexité des activités et des méthodes employées. Son organisation doit être simple, fonctionnelle, fiable et évolutive.

Il permet de constituer un réseau de références mais aussi de preuves nécessaires à toute démarche d'amélioration permanente de la qualité.

2.5.1. Gérer le système documentaire : [36]

Dans une structure les documents écrits sont les seuls éléments de preuve de la qualité des produits purement immatériels que sont les prestations de service. C'est pourquoi leur gestion, depuis la création jusqu'à leur archivage, doit faire l'objet d'un soin particulier.

Les informations qui y figurent doivent permettre de retracer le déroulement des opérations relatives à chaque prestation et apporter la preuve de leurs qualités.

Cette documentation qualité est donc un élément essentiel de l'assurance de la qualité qui relève de la responsabilité de chacun. Chaque agent doit être associé à sa construction et à son évolution pour s'y sentir impliqué.

Le Responsable Qualité coordonne l'élaboration et la gestion de cette documentation et particulièrement quant à l'identification, la vérification, l'édition, la distribution, l'inventaire, et l'archivage des documents.

Pour en permettre un usage aisé et certain, les Documents qualité sont répartis en Manuels. Chaque unité dispose d'un Manuel regroupant l'ensemble des dispositions qu'elle a à connaître ou à appliquer, ainsi que les procédures et les Documents Associés. Les documents qualité sont à la disposition du personnel auquel ils sont par ailleurs communiqués et expliqués. Les modalités de communication sont définies au niveau du chapitre V du MQ, ainsi que le mode d'enregistrement de cette communication (fiche de diffusion, PV de réunion, ...).

2.5.2. Elaborer les documents :

Les documents ont tous la même présentation.

L'en-tête de la page de garde comprend :

- le logo de l'hôpital,
- le nom de la pharmacie,
- le domaine et le processus concerné,
- le titre du document,
- le numéro codé du document,
- le numéro de la page,
- le nombre de pages total.

Le pied de page indique l'identité des personnes qui ont participé à l'élaboration du document.

Le plan type d'une procédure ou d'un protocole comprend :

- les objectifs : réponse à la question quoi ?
- le domaine d'application : réponse à la question qui et où ?
- les documents de référence : les normes, textes réglementaires, recommandations professionnelles qui ont donné lieu à ce texte et les documents auxquels il peut être lié.

Cette rubrique peut être sans objet.

- les définitions : le vocabulaire spécifique est explicité.
- la description : elle peut être donnée sous forme de texte, de logigramme. Elle doit mentionner les intervenants de chaque action mais aussi les moyens ou documents nécessaires. Elle répond aux questions qui ? quoi ? comment ?
- les indicateurs et autoévaluation : ils sont utilisés pour l'évaluation du suivi de la procédure.
- les enregistrements : ce sont l'ensemble des documents qui apportent la preuve que les procédures et les protocoles ont été suivis.

Cette rubrique peut être sans objet.

- la liste de diffusion : noms des destinataires et nombres d'exemplaires.

Cette rubrique peut être sans objet.

- les annexes : ce sont des documents qui complètent la procédure.
- l'état des modifications : c'est un tableau qui retrace l'historique du document, les dates et l'objet des modifications.

Un modèle de document est présenté en page suivante.

LOGO	DOMAINE PROCESSUS	NUMERO : Indice :
Nom de l'hôpital	TITRE	Date de diffusion : Page : 1/X

SOMMAIRE

1.0 OBJECTIFS :

2.0 DOMAINE D'APPLICATION

3.0 DOCUMENTS DE REFERENCE

Numéro du document	<i>Nom du document</i>

4.0 DEFINITION

5.0 DESCRIPTION

6.0 INDICATEURS ET AUTOEVALUATION

Numéro du document	<i>Nom du document</i>

7.0 ENREGISTREMENT

Numéro du document	<i>Nom du document</i>

8.0 LISTE DE DIFFUSION

Noms des destinataires	<i>Nombre d'exemplaires</i>

9.0 ANNEXES

10.0 ETAT DES MODIFICATIONS

Indice	Date	Objet

Rédigé par :	Validé par :	Approuvé par :
Fonction :	Fonction :	Fonction :
Le :	Le :	Le :

La création des documents qualité est décrite par la procédure maîtrise des documents.

Le responsable qualité est chargée de superviser l'élaboration et la mise à jour des documents relatifs au manuel qualité et aux procédures et instructions. Il instruit ou initie les demandes de création ou de modification de ces documents, distribue les responsabilités en la matière, fixe les délais de réponse et propose les dates de mise en application.

Pour permettre l'évolution constante du système qualité, tous les agents de la pharmacie centrale peuvent transmettre au responsable qualité des propositions de création, d'amélioration ou de modification des documents.

2.5.3. Structure de la documentation Qualité : [12]

Le système de management de la qualité s'appuie sur une documentation qui comprend 3 grands types :

- Les documents qualité qui sont des documents de prescription établis antérieurement à la réalisation des prestations (chapitres du manuel qualité, processus, procédures, instructions,...)
- Les documents d'enregistrement qui sont des documents de production établis pendant l'exécution des prestations.
- Les documents associés qui sont les textes réglementaires ou normatifs, les référentiels extérieurs à la pharmacie centrale (référentiel d'emploi,...)

La structure documentaire sur laquelle repose le système qualité de la pharmacie centrale se présente comme une structure pyramidale avec plusieurs niveaux :

- niveau 0 : c'est le manuel qualité c'est-à-dire l'ensemble des dispositions générales de la structure pour assurer la qualité de son travail.
- niveau 1 : ce sont les procédures générales qui décrivent l'organisation et le fonctionnement de la structure.
- niveau 2 : ce sont les procédures techniques ou procédures de travail qui incluent jusqu'aux modes d'emploi des appareils.
- niveau 3 : ce sont les documents d'enregistrement relatifs à la qualité servant à évaluer la mise en œuvre efficace du système qualité.

Cette structure documentaire est représentée par le schéma ci-dessous :

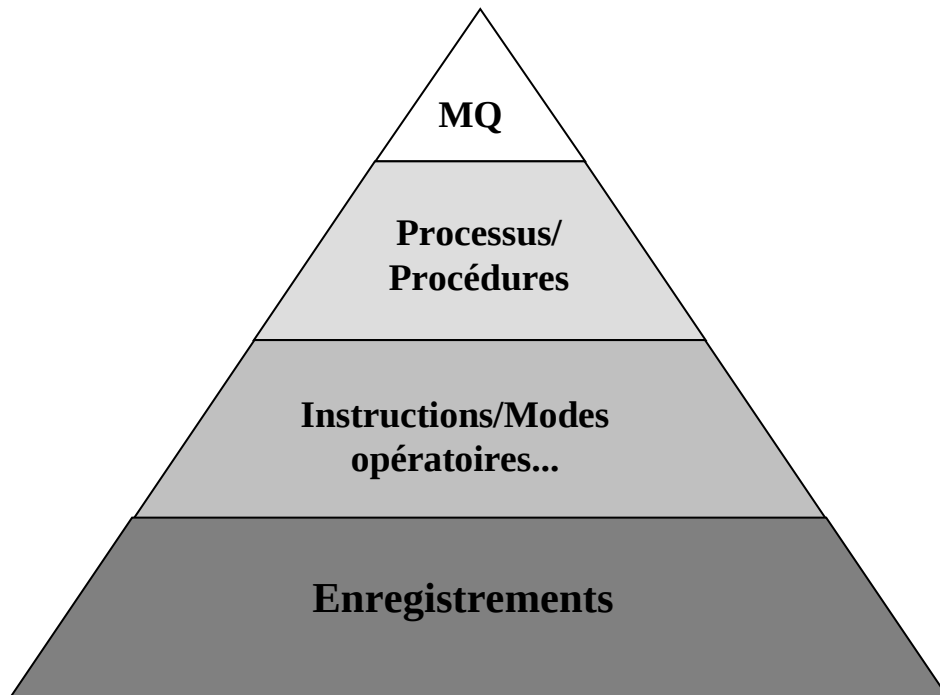


Figure 8 : Schéma du système documentaire.

2.5.4. Rédaction. Vérification. Contrôle et approbation : [35]

Tous les Documents Qualité suivent les étapes suivantes:

- Rédaction et étude de la cohérence technique par l'unité qui en a l'usage ou la responsabilité.
- Vérification: elle consiste à s'assurer de la cohérence du document avec l'ensemble du système qualité de la pharmacie centrale; Elle est toujours à la charge du responsable qualité et le major. En cours de vérification, le responsable qualité est habilité à introduire les modifications de forme indispensables à la cohérence du document.
- Contrôle: il consiste à s'assurer de la validité technique et de l'applicabilité du document. Le contrôle est assuré par le responsable qualité. Le document contrôlé est daté, visé et transmis pour approbation s'il est satisfaisant ou renvoyé au rédacteur dans le cas contraire.
- L'approbation autorise la diffusion des documents et les rends applicables. L'autorité d'approbation fixe la date de mise en application. Elle est sous la responsabilité du pharmacien chef de service.
- La validation d'un document, préalable à son approbation, comporte toujours la consultation générale des personnes concernées. C'est au rédacteur qu'il incombe de procéder aux consultations.

2.5.5. Modification des documents qualité :

La modification des documents qualité obéit aux mêmes principes que leur élaboration ;

Le manuel qualité est révisé chaque fois que des décisions sont prises touchant à l'organisation générale de la pharmacie centrale ou à son système qualité, elle se fait généralement tous les deux ans. Les modifications sont effectuées par le responsable qualité en accord avec le pharmacien chef de service. La révision peut intéresser un ou plusieurs chapitres.

2.5.6. Identification des documents Qualité :

Tous les Documents Qualité doivent être identifiés de façon univoque et répertoriés pour connaître leur existence et leur situation.

Le code de tout document qualité est situé en haut et à droite du document. Ce code est attribué par le responsable qualité.

Identification du Manuel Qualité

Le Manuel qualité est identifié comme suit :

MQ

/

HCZ

.

0	0
---	---

Version (numérique)

Chaque page de chaque chapitre du manuel qualité est identifiée en haut et à droite par les lettres « CH » pour chapitre suivi du numéro d'ordre du chapitre écrit en chiffres romains

MQ

/

CH

-

N°
Chapitre

Identification des processus :

Le code des processus commence par les lettres « P » pour processus suivi d'une lettre indiquant le type de processus (M pour management, S pour support et O pour opérationnel), suivi d'un numéro d'ordre du processus parmi les processus (composé de deux chiffres arabes).

P

Lettre

-

--	--

N° chronologique

Identification des procédures qualité :

Le code des procédures commence par les lettres « CH-N° » pour le chapitre du Manuel Qualité auquel elles se rapportent suivi des lettres « PQ » pour procédure et du numéro d'ordre de cette procédure parmi les procédures (composé de deux chiffres arabes).

CH-N° / PQ -
N° chronologique

Identification des documents techniques :

* Modes opératoires :

MO / HCZ / . 0 0
 N° chronologique Indice de révision
(Numérique)

* Instructions techniques :

PQ / IT /
 N° chronologique

Identification des documents externes :

Les documents externes à savoir les normes, les manuels d'utilisation des équipements, les guides sont identifiés par leur référence (code ou identification donnés par leurs fournisseurs).

2.5.7. Validité des documents :

Editer un document qualité consiste à le valider et à l'intégrer dans le système de diffusion. Chaque document qualité doit être vérifié par le responsable qualité qui en contrôle la forme et enregistre le document; il assure en outre la multiplication, l'identification et la diffusion des documents. Seuls sont à prendre en compte les dernières éditions approuvées de chaque document.

La validité d'un document est attestée par la marque non Photocopiable :

Original approuvé N°.....

La mise en circulation d'un document révisé impose la récupération par le responsable qualité de tous les originaux périmés aux fins de destruction et archivage de l'exemplaire " 00 " et de sa fiche de diffusion, de sorte que tout document original en circulation soit obligatoirement actif.

2.5.8. Classement et inventaire :

Le responsable qualité tient un inventaire de l'ensemble des documents relatifs à l'assurance qualité. Il conserve les exemplaires numéro " 00 " de chaque document qualité qui constituent le manuel de référence.

A chacun des documents constitutifs du manuel de référence est associé:

- Une fiche historique de ses révisions successives; c'est un document comportant un formulaire d'enregistrement intitulé «Fiche historique d'un document qualité» dont les rubriques suivantes sont renseignées: titre et référence du document, version N°, dates d'approbation et d'application.
- Une fiche de diffusion contrôlée constitué par le formulaire d'enregistrement, intitulé «Contrôle de la diffusion des documents qualité» et dont les rubriques d'information suivantes sont renseignées (titre, référence et date d'application du document, destinataire, N° d'exemplaire, date et visa de réception, retour).

2.5.9. Communication et diffusion des documents :

En interne, tous les documents qualité en vigueur ne peuvent faire l'objet que d'une distribution contrôlée sous la responsabilité du responsable qualité.

La distribution est une communication contrôlée par l'émetteur valant ordre d'exécution par le récepteur. Chaque destinataire d'un document qualité signe la fiche de diffusion, qui vaut accusé de réception, pour l'édition reçue. Les documents qualité diffusés sont placés sous la responsabilité personnelle de l'agent. Un agent quittant la pharmacie est tenu de remettre au responsable qualité les documents qualité en sa possession.

2.5.10. Classement et archivage :

Le support papier est le seul support admis pour les documents qualité. La possibilité de modification manuelle des documents qualité après approbation n'est pas admise. Les documents conservés dans le système informatique sont des documents de travail et ne sont pas considérés comme documents qualité.

L'exemplaire numéro " 00" de tous les documents qualité en cours de validité sont regroupés en " Manuel de Référence" géré par le responsable qualité.

Les documents périmés sont archivés en un seul exemplaire avec leur fiche historique et leur fiche de diffusion pour assurer la traçabilité de l'évolution de chaque type de document.

La fiche historique précise la date à laquelle un document périmé a cessé d'être en vigueur.

2.5.11. Revue de la documentation qualité :

En plus des révisions ponctuelles d'un ou plusieurs documents qualité suite aux recommandations d'audit ou de traitement d'anomalies, le responsable qualité procède à la revue complète de la documentation qualité pour en assurer la pertinence, et identifier les besoins d'évolution, cette revue se fait chaque deux ans. Chaque fois qu'un document qualité est révisé, la nature des modifications apportées au nouveau document sont synthétisées à sa fin de façon à pouvoir répertorier son évolution

3. TROISIEME ETAPE : MESURER, ANALYSER, VERIFIER

3.1. La mesure de la qualité [14]

3.1.1. Objectifs de la mesure de la qualité

La mesure de la qualité permet de s'assurer de la maîtrise ou de l'amélioration des processus. Cette mesure est nécessaire tant en interne qu'en externe.

Le besoin interne de mesure de la qualité est celui du responsable du service ou du pilote d'une unité, afin de s'assurer que la démarche qualité qui vise à garantir que les processus sont fiables, atteint ses objectifs. L'enjeu est aussi pour les professionnels de pouvoir visualiser les progrès accomplis, ce qui aura en retour un impact positif sur leur motivation.

Le besoin externe est celui de donneurs d'ordre, de clients, voire de tutelles et vise à donner confiance dans la qualité des produits fournis par l'établissement.

Ces besoins peuvent être satisfaits grâce à des indicateurs, à des audits qualité, à la certification, à l'obtention d'un prix qualité ou encore à la certification d'engagements de service. Le choix des modalités dépend du contexte, du niveau de fiabilité recherché par l'établissement, des contraintes imposées par la réglementation ou par les clients.

3.1.2. Les différentes mesures de la qualité :

La mesure de la qualité est une étape essentielle du processus d'amélioration continue de la qualité.

Un diagnostic qualité est effectué : un « état des lieux » est établi de façon à mettre en évidence les points forts et les points faibles, mais aussi les atouts et les freins pour pouvoir définir des axes de progrès.

La satisfaction du client, la conformité des services, le fonctionnement des processus internes doivent être mesurés et analysés. Pour cela le service pharmacie a recourt à différents outils pour évaluer et mesurer la pertinence de son système de management de la qualité.

- **Les indicateurs**

Ils permettent de mesurer un résultat concernant la qualité. Plusieurs types de résultats peuvent être mesurés :

- Les défauts et dysfonctionnements : un dysfonctionnement correspond à un résultat non attendu d'un processus.

La démarche de résolution d'un problème permet de le limiter ou de le faire disparaître. Le nombre de dysfonctionnements (ou le taux) sera le meilleur indicateur de succès de l'action engagée. Dans cette catégorie entre un grand nombre de mesures de la qualité (erreurs de saisie, produits non conformes, délais de livraison....) ;

- Le respect du processus : % de conformité d'une étape d'un processus ;
- La performance du processus: l'indicateur peut mesurer les résultats ou la performance d'un processus, par exemple : délai de traitement d'un bon ;
- La capacité des processus à répondre aux attentes des clients.

L'ensemble des processus pourra utilement faire l'objet d'indicateurs : processus opérationnels, processus supports et processus de management.

- **La satisfaction des clients**

Les études de la satisfaction des clients peuvent fournir des mesures de la qualité.

Pour que ces études puissent être considérées comme des mesures, c'est-à-dire comme des indicateurs permettant un suivi dans le temps et ayant donc un sens pour le pilotage de la démarche, il est nécessaire que les mesures soient représentatives de la population statistique étudiée et reproductibles.

Des études qui répondent à ces critères sont les enquêtes qui permettent sur un échantillon représentatif d'obtenir des réponses exhaustives, par exemple :

- Les enquêtes réalisées un jour donné (ou sur une période donnée) ;
- Les enquêtes téléphoniques.

- **Les études du système qualité**

La mesure de la qualité peut également porter sur le système mis en place.

Une étude classique du système qualité est l'audit qualité. Selon la définition internationale, l'audit qualité est un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, et si ces dispositions sont mises en oeuvre de façon efficace et apte à atteindre les objectifs.

Cette mesure peut être réalisée en interne à la pharmacie en réalisant un audit qualité interne. Elle peut être réalisée dans le cadre d'une démarche de certification par un organisme externe. Elle fera dans ce cas appel à une auto-évaluation interne suivie d'une évaluation externe. Le cadre de référence de cette étude est habituellement dans ce cas la norme de la série ISO 9000 en vigueur.

3.2. Définir les indicateurs : [7, 11, 12, 40, 51]

3.2.1. Choix des indicateurs :

« La solution de l'aide à la décision n'est pas une question de quantité de données mises à disposition, mais bien de pertinence...toutes les données ne parlent pas à tout le monde de la même façon...pour qu'une donnée devienne une information utilisable, il faut qu'elle soit porteuse d'un sens. Un indicateur ne peut être générique, Il doit être choisi et construit par le décideur ou le groupe de décideurs qui partagent la même notion de performance». [1]

Ainsi, notre système d'indicateurs repose sur trois points : Les objectifs et les missions de la pharmacie qui donnent les axes auxquels ces indicateurs doivent se rattacher, la focalisation sur les indicateurs de résultats plutôt que sur les indicateurs de moyens et enfin, l'utilisation d'indicateurs qui permettent l'incitation par comparaison interannuelle et inter hôpitaux.

Nous avons essayé, dans la mesure du possible, que les indicateurs choisis représentent les aspects pertinents de la performance de l'hôpital, donnent une traduction non biaisée de ses aspects, soient clairement définis, avec un contenu concis et une interprétation unique, ne requièrent que des moyens de mesure accessibles à la majorité des pharmacie hospitalières, soient vérifiables, faciles à comprendre et soient en nombre limité.

3.2.2. Démarche d'élaboration des indicateurs :

Il s'agit d'élaborer des indicateurs permettant de mesurer, le plus objectivement possible, les activités conduites au sein du service pharmacie. L'objectif étant que cette mesure soit d'une part quantitative mais aussi qualitative. On distinguera alors deux types d'indicateurs : une série d'indicateurs de production et des indicateurs de qualité, ces derniers venant utilement éclairer le niveau de maturité de l'activité.

L'exhaustivité de la mesure quantitative et qualitative de l'ensemble des activités déployées dans le service n'a pas été l'objectif recherché. Au contraire, la démarche a consisté à identifier les activités principales du service pharmacie consommant la majorité des ressources en management d'une pharmacie et à aider les responsables des différentes unités à exercer leur vigilance sur des activités « critiques » de leur cœur de métier.

Dans un premier temps, le travail a été organisé grâce à un découpage en grandes thématiques des activités se déroulant au sein de la pharmacie centrale.

- Approvisionnement
- Pré facturation
- Gestion des entrées
- Gestion des stocks
- Dispensation
- Système qualité
- Formation
- Information

Puis chaque chapitre a été traité séparément.

Le travail a été réalisé en trois étapes :

- Production de l'indicateur par les pilotes de chaque processus
- Discussion
- Validation par le responsable qualité

Pertinence, utilité et faisabilité ont été les critères de choix des indicateurs de production

L'analyse conjointe des deux types d'indicateurs permettra au pharmacien chef de service et à tout le personnel de la pharmacie centrale d'objectiver l'évolution dans le temps d'une activité tant sur un plan qualitatif que quantitatif.

Déroulement du travail :

Méthodologie

1. Identifier le champ de la mesure (processus, procédure, unités ...)
2. Déterminer les objectifs à atteindre ou la norme retenue.
3. Déterminer le critère c'est-à-dire l'information mesurable caractérisant l'activité à évaluer.
4. Etablir les données permettant la quantification du critère et définir la périodicité de la mesure.
5. Construire l'indicateur c'est-à-dire la mesure du critère en taux ou en chiffre absolu.
6. Valider l'indicateur.
7. Suivi et analyse de l'indicateur (pour l'année 2006) et mise en place d'actions d'amélioration.

➤ **Champ de la mesure : processus d'approvisionnement**

Objectifs :

- Fiabilité des approvisionnements en médicaments et dispositifs médicaux qui est l'un des points clés pour une bonne prise en charge du patient.
- Suivi et analyse de l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux.
- Optimiser les conditions d'acquisition à chacune des étapes : commande, possession, consommation.
- Garantir la disponibilité des produits pharmaceutiques pour la dispensation tout en maîtrisant le stock.

Critères :

- Ensemble de règles de décision qui permet de déclencher la procédure de passation de commande en date et quantité.
- L'évaluation des besoins se fait sur la base de l'historique des consommations.

Indicateurs d'activité :

- **Nombre de lignes de commande :**

Objectif : Quantifier l'activité de passation de commande de produits de santé

- **Nombre de litiges traités :**

Objectif : Evaluer et vérifier la fiabilité des traitements des litiges commandes-réceptions

- **Evaluation des performances ponctuelles des fournisseurs :**

Objectif : Attribuer une notation à chaque livraison relative à la performance des fournisseurs sur les critères de :

- La conformité de la livraison

Non-conformité Documents		Non-conformité Produits		50 %
Absence de bon de livraison	10 %	Quantitative	0 à 15 %	
Absence de facture	10 %	Qualitative	0 à 15 %	

- Les délais de livraison
- La qualité du service

	Délais de 0 à 30%		Service de 0 à 20%		50 %	<u>Indicateurs de</u>
Fournisseurs	12 h	30 %	Excellent	20 %		
	24 h	25 %	Bien	15 %		
	36 h	20 %	A. bien	10 %		
	48 h	15 %	Moyen	5 %		
Grossistes	60 h	10 %	Médiocre	0 %		
	96 h	5 %				
	30 min	30 %	Excellent	20 %		
	1 h	25 %	Bien	15 %		
	1 h 30	20 %	A. bien	10 %		
	2 h	15 %	Moyen	5 %		
	3 h	10 %	Médiocre	0 %		
	24 h	5 %				

qualité :

- **Taux de litiges commande-réception annuel :**

Objectif : Mesurer la qualité de l’approvisionnement

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de litiges commande-réception}}{\text{Nombre de bons de commandes}}$$

- **Nombre de lignes par bon de commande :**

Objectif : Déterminer la performance de la gestion de l’approvisionnement

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de lignes de commandes}}{\text{Nombre de commandes pour produits stockés}}$$

- **Taux d’efficacité du fournisseur :**

Objectif : Disposer d’outils qui permettent d’évaluer les performances des fournisseurs et leurs capacités à s’améliorer, de façon à ne travailler qu’avec ceux qui sont aptes à fournir des produits de qualité.

Méthode :

Critères	Valeur obtenue
Nombre de prestations commandées (C)	C =.....
Nombre de prestations satisfaisantes (S)	S =.....

Taux d'efficacité : (E= S/Cx100)	E =....
----------------------------------	---------

71

Analyse des résultats et synthèse :

ANNEE 2005					
MOIS	Nombre de bons de commande	Nombre de lignes	Nombre de lignes par bon de commande	Nombre de litiges commande-réception	Taux de litiges commande-réception
Janvier	90	206	2,289	6	6,66 %
Février	111	206	1,856	4	3,60 %
Mars	120	290	2,417	8	6,66 %
Avril	107	368	3,439	3	2,80 %
Mai	109	318	2,917	4	3,66 %
Juin	123	376	3,057	3	2,43 %
Juillet	101	294	2,911	5	4,95 %
Août	107	342	3,196	2	1,86 %
Septembre	130	413	3,177	4	3,07 %
Octobre	134	419	3,127	3	2,23 %
Novembre	127	435	3,425	4	3,14 %
Décembre	118	425	3,602	2	1,69 %
TOTAL	1377	4092	2,97	48	3,48 %

Tableau n°4 : Activité d'approvisionnement année 2005

ANNEE 2006					
MOIS	Nombre de bons de commande	Nombre de lignes	Nombre de lignes par bon de commande	Nombre de litiges commande-réception	Taux de litiges commande-réception
Janvier	106	587	5,538	2	1,88 %
Février	119	576	4,840	1	0,84 %
Mars	145	727	5,014	4	2,75 %
Avril	133	680	5,113	0	0,00 %
Mai	145	958	6,607	3	2,06 %
Juin	130	846	6,508	2	1,53 %
Juillet	112	639	5,705	1	0,89 %
Août	68	560	8,235	1	1,47 %
Septembre	109	664	6,092	0	0,00 %
Octobre	89	535	6,011	1	1,12 %

Novembre	114	779	6,833	0	0,00 %
Décembre	97	714	7,361	1	1,03 %
TOTAL	1367	8265	6,05	16	1,17 %

Tableau n°5 : Activité d'approvisionnement année 2006

72

Nous avons traduit les résultats des nombres de lignes d'approvisionnement par bon de commande des deux années 2005 et 2006 sous forme d'une courbe pour analyser son évolution dans le temps, et ainsi de vérifier si l'objectif fixé concernant la performance de la gestion des approvisionnements est atteint.

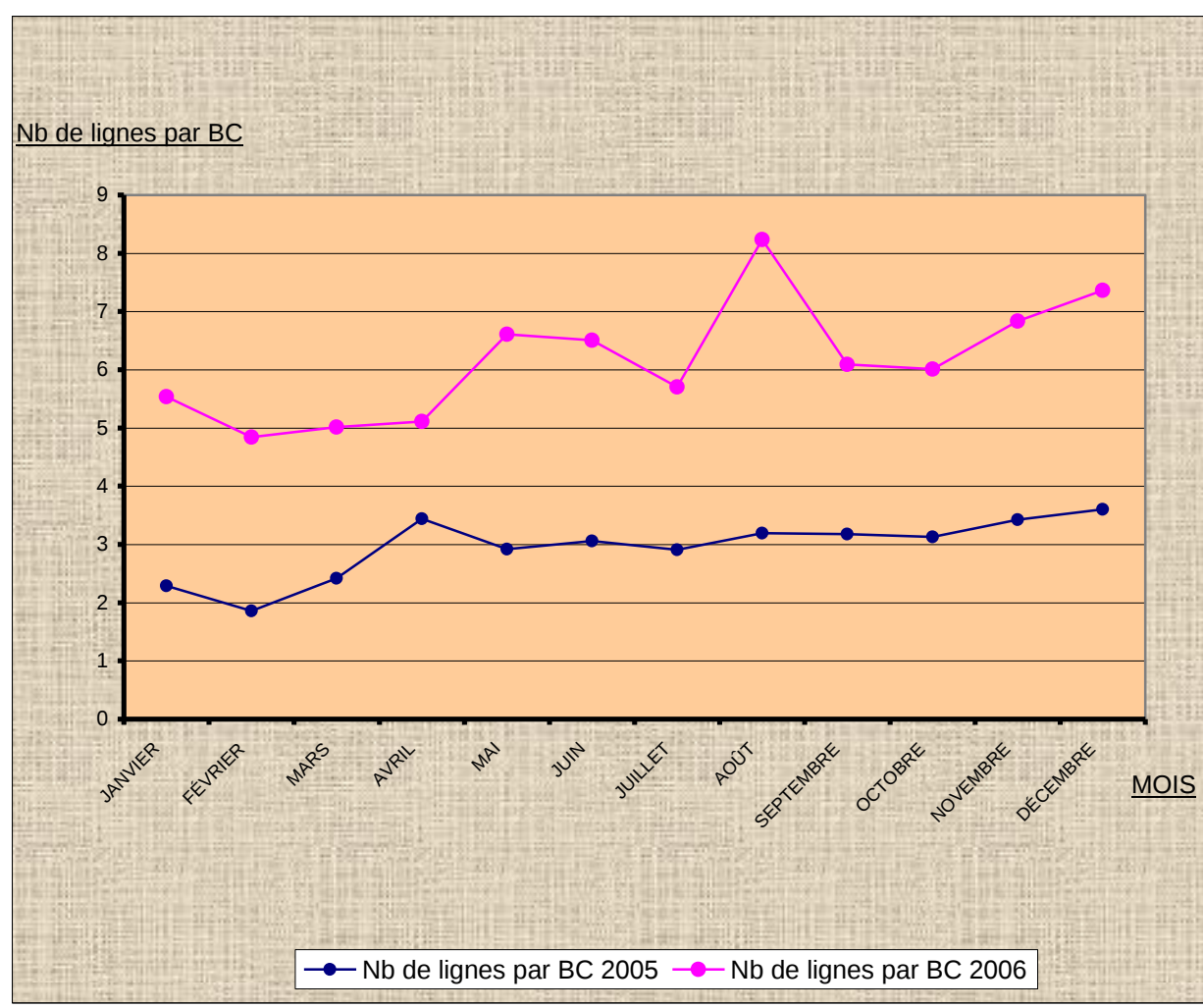


Figure 9 : Evolution du nombre de lignes par bon de commande entre l'année 2005 et 2006

Tableau n°6 : Evaluation des performances ponctuelles des fournisseurs :
(Évaluation annuelle)

FOURNISSEURS	C	S	Conformité (1) de 0 a 50%	Délais (2) de 0 a 30%	Service (3) de 0 a 20%	P (%) p=1+2+3	E (%) E=S/Cx100
ACMEDENT MEDICAL	3	3	50	15	20	100	100
AVENTIS	29	29	50	20	20	90	100
BAYER	9	9	50	15	20	85	100
BOTTU	9	9	50	15	15	80	100
CARDIOMEDICAL	23	21	40	5	5	50	91,30
CENTRE DE TRANSFUSION	9	9	50	30	10	90	100
CESMA	45	45	50	25	20	95	100
CMG	15	15	50	10	10	70	100
COMELAB CONSOMMABLE MEDICAL	3	3	50	5	0	55	100
COOPER MAROC	70	70	50	30	15	95	100
DELTATEC	34	32	40	10	5	55	94,11
DEPARTEMENT MATERIEL MEDICAL	17	17	50	25	15	90	100
FMICE	8	8	50	25	20	95	100
FRESENUIS MEDICALE CARE MAROC	17	17	50	15	20	85	100
GLAXOSMITHKLINE	1	1	50	15	20	85	100
HEMOLAB PHARMA	20	20	50	15	20	85	100
HYGILAB	21	21	50	15	5	70	100
IM ALLIANCE	59	59	50	10	15	75	100
ISOMED	7	7	50	10	15	75	100
La maison du médecin	46	46	50	25	15	90	100
LAB AFRIC PHAR	35	35	50	5	10	65	100
LAB SOTHEMA	1	1	50	10	10	70	100
LAB STERIPHARMA	8	8	50	10	10	70	100
LAB DENCOTT-LENSIMAN	2	2	50	20	15	85	100
LABORATOIRE GENPHARMA	10	9	40	25	10	75	90
LABORATOIRE PFIZER	26	26	50	15	15	80	100
LAB NOVOPHARMA	15	15	50	15	15	80	100
LAPROPHAN	27	27	50	10	15	75	100
LOCAMED SERVICE	41	41	50	30	15	95	100
LOHMAN RAUSHER	1	1	50	5	5	60	100
MAGHREB OPTIQUE	2	2	50	15	5	70	100

MAPHAR GROUPE SANOFI SYNTHELABO	23	23	50	10	10	70	100
MASTERLAB	1	1	50	5	5	60	100
MED EQUIP	1	1	50	5	5	60	100
MEDICAL DIFFUSION	1	1	50	5	5	60	100
MEDICAR	7	7	50	10	10	70	100
MEDWARE	26	26	50	10	15	75	100
MERCK SHARP ET DOHME	16	14	40	10	15	65	87,50
MULTIMED	6	5	40	10	15	65	83,33
NOBLE MEDICALE	77	75	40	25	10	75	97,40
NOVARTIS PHARMA	5	5	50	10	15	75	100
NUMELEC MAROC	25	25	50	20	15	85	100
ORTHOPROTECH	6	6	50	25	15	90	100
PAUL HARTMANN	27	16	30	10	10	50	59,26
PHARMA SHOP	13	13	50	20	15	85	100
PHARMACEUTICAL INSTITUE	28	28	50	20	20	90	100
PODORTECH	1	1	50	5	20	75	100
POLYMEDIC	28	28	50	15	20	85	100
PROMAMEC	96	94	40	25	20	85	97,91
PROMOPHARM	14	14	50	5	5	60	100
PROMOSIM PHARMA	12	12	50	25	15	90	100
PROMU	3	3	50	25	15	90	100
PROTHERA SANTE	1	1	50	20	15	85	100
REACTING	6	6	50	5	10	65	100
ROCHE	73	73	50	20	20	90	100
SCRIM	69	67	40	20	5	65	97,10
SOBOVAT	7	7	50	10	15	75	100
Société pharmaceutique de répartition	21	21	50	20	15	85	100
SOGIPHARM	6	6	50	5	15	70	100
SOMAPHARMA	21	21	50	10	10	70	100
SOPHADIAL	13	13	50	20	15	85	100
SOPHACENTRE	1386	1360	40	30	5	75	98,12
STE SAHMED	3	3	50	20	15	85	100
STERIFIL	43	32	30	5	5	40	74,41
SYNTHEMEDIC	26	26	50	15	15	80	100
T2S	7	7	50	10	15	75	100
TECHOS TECHNOLOGIE HOSPITALIERE	36	36	50	30	15	95	100
TEST-REACTIFS	1	1	50	5	10	65	100
UNISCIENCE	4	4	50	10	15	75	100
UNIVERS PHOTO	1	1	50	10	10	70	100

C : Nombre de prestations commandées

S : Nombre de prestations satisfaisantes

P : Performance

E : Taux d'efficacité

Commentaire :

L'analyse des résultats obtenus nous a permis d'évaluer les performances ponctuelles des fournisseurs, de mesurer le taux de litiges commande-réception annuel et de déterminer le nombre de lignes traitées par bon de commande.

Ces résultats qui ont été résumés dans les tableaux récapitulatifs, ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- Augmentation du nombre de lignes par bon de commande de 2,97 en 2005 à 6,05 en 2006.

Cette augmentation est due d'une part à une rationalisation des commandes (passation des commandes groupées auprès des laboratoires et fournisseurs), et d'autre part à une diminution des commandes urgentes auprès des grossistes et revendeurs.

- Le taux d'efficacité des fournisseurs, ainsi que leur performance ponctuelle déterminée à partir de la qualité du service, de la conformité et du délai de livraison ont été les critères de choix des fournisseurs agréés.

Le tableau ci-dessous est utilisé pour valider la liste des fournisseurs agréés et, comme aide à la prise de décision des éventuelles actions correctives ou préventives à entreprendre.

	P			
E	0%-25%	25%-50%	50%-75%	75%-100%
0%-25%	Retrait de la liste		Adresser une mise en garde 2 fois consécutive puis retirer de la liste	
25%-50%	Adresser une mise en garde 2 fois consécutive puis retirer de la liste		Notifier la performance, Examiner en commun	
50%-75%	Notifier la performance, Examiner en commun			
75%-100%	Maintenir et améliorer			

Tableau n°7 : Validation de la liste des fournisseurs agréés

D'après les résultats obtenus, nous avons sur 70 fournisseurs, 1 fournisseur seulement qui a une performance comprise dans l'intervalle 25%-50%, 44 ont une performance entre 75% et 100%, et 25 entre 50% et 75%.

Parallèlement, le taux d'efficacité des fournisseurs est compris dans l'intervalle 75%-100% pour 68 fournisseurs, et entre 50% et 75% pour 2 fournisseurs seulement.

76

Ainsi, dans l'ensemble, les prestations de service des fournisseurs sont satisfaisantes, mais une vigilance reste de rigueur.

- Diminution du taux de litiges commande-réception annuel qui est passé de 3,48% en 2005 à 1,17% en 2006 : ceci reflète une nette amélioration de la qualité de service des fournisseurs considérés comme de véritables partenaires et parties intégrantes du système de management de la qualité du service pharmacie.

➤ Champ de la mesure : processus de pré -facturation

Objectifs : Commande = Livraison = Facturation

Critères :

- Conformité entre les quantités commandées, livrées et facturées : 100%
- Temps alloué au traitement informatique d'un bon de commande depuis sa réception jusqu'à l'établissement du bon de livraison informatisé

Indicateurs d'activité :

- **Nombre de lignes de facturation par type de bon de commande**

Objectif : Quantifier l'activité de la Pré-facturation des dispositifs médicaux ou spécialités

Indicateurs de qualité :

- **Durée moyenne de traitement d'un bon :**

Objectif : le temps moyen de saisie d'un bon de commande service ne doit pas excéder les 10 minutes.

77

Analyse des résultats et synthèse :

	Alimentations				Consommations			
Mois	Nombre de bons	Nombre de lignes	Nombre de lignes par bon	Durée moyenne de saisie d'un bon (minutes)	Nombre de bons	Nombre de lignes	Nombre de lignes par bon	Durée moyenne de saisie d'un bon (minutes)
Janvier	667	2 579,00	3,86	00 :11 :05	6 720,00	31 196,00	4,64	00 :08 :82
Février	921	2 890,00	3,13	00 :15 :26	7 365,00	33 781,00	4,58	00 :09 :66
Mars	1 104,00	3 687,00	3,33	00 :18 :29	8 973,00	39 669,00	4,42	00 :11 :78
Avril	1 052,00	3 282,00	3,11	00 :17 :42	7 960,00	35 224,00	4,42	00 :10 :45
Mai	837	3 861,00	4,61	00 :13 :86	9 087,00	41 801,00	4,6	00 :11 :92
Juin	1 092,00	3 589,00	3,28	00 :18 :09	9 825,00	44 167,00	4,49	00 :12 :89
Juillet	979	3 034,00	3,09	00 :16 :21	9 231,00	42 309,00	4,58	00 :12 :11
Août	755	3 258,00	4,31	00 :12 :51	7 386,00	37 622,00	5,09	00 :09 :69
Septembre	978	3 020,00	3,08	00 :16 :20	9 953,00	43 321,00	4,35	00 :13 :06
Octobre	959	3 061,00	3,19	00 :15 :88	9 164,00	38 604,00	4,21	00 :12 :03
Novembre	1 071,00	3 273,00	3,05	00 :17 :74	9 937,00	45 269,00	4,55	00 :13 :04
Décembre	917	3 755,00	4,09	00 :15 :19	10 281,00	46 874,00	4,55	00 :13 :49
TOTAL	11 332,00	39 289,00	3,46	00:14:44	105 882,00	479 837,00	4,53	00:11:57

Tableau n°8 : Durée de saisie et nombre de lignes par type de bons de commande de facturation pour l'année 2006

Commentaire:

D'après le tableau des résultats, nous constatons que l'objectif fixé, concernant la durée moyenne de traitement d'un bon, n'est pas atteint puisque le temps alloué à la saisie des bons de commande patient, qui est de 11min 37secondes, reste supérieur à 10 minutes.

Ceci peut s'expliquer par une mauvaise planification des besoins par les responsables des services de soins, se traduisant par la multitude de bons d'alimentation dont la moyenne ne dépasse pas les 3,46 lignes par bon.

Ces résultats montrent également que le nombre de lignes nominatives saisies par l'agent de pré-facturation représente 92,43% par rapport au nombre total de lignes saisie.

78

➤ **Champ de la mesure : processus de gestion des entrées**

Objectifs : Livraison = Entrée = Stock

Critères :

- Conformité entre les quantités livrées, entrées, et en stock : 100%
- Liquidation des factures fournisseurs

Indicateurs d'activité :

- **Nombre de lignes de liquidation :**

Objectif : Quantifier le nombre de factures liquidées

- **Nombre de lignes de réception :**

Objectif : Quantifier le nombre de produits de santé réceptionnés

- **Nombre de litiges traités :**

Objectif : Quantifier le nombre de litiges annuels traités

Indicateurs de qualité :

- **Nombre de litiges traités / Nombre de bons de réception :**

Objectif : vérifier la fiabilité des traitements des litiges commandes - réceptions -

MOIS	Nombre de bons d'entrées	Nombre de lignes	Nombre de factures liquidées	Nombre de factures avec litige	Pourcentage de litiges traités	Nombre de lignes par bon d'entrée
Janvier	292,00	1 176,00	170	0	100	4,02
Février	307,00	1 207,00	171	0	100	3,93
Mars	377,00	1 520,00	201	2	100	4,03
Avril	383,00	1 564,00	190	0	100	4,08
Mai	380,00	1 667,00	213	3	100	4,38
Juin	444,00	1 988,00	210	0	100	4,47

liquidations.

Analyse des résultats et synthèse :

Juillet	403,00	1 544,00	219	1	100	3,83
Août	278,00	1 373,00	194	0	100	4,93
Septembre	348,00	1 606,00	189	0	100	4,61
Octobre	337,00	1 413,00	155	0	100	4,19
Novembre	409,00	1 635,00	236	2	100	3,99
Décembre	369,00	1 597,00	219	1	100	4,32
TOTAL	4 327,00	18 290,00	2 367	09	100%	4,22

Tableau n°9 : Résultats des indicateurs de gestion des entrées au niveau de la pharmacie centrale du 01/01/2006 au 31/12/2006

Commentaire :

On remarque que chaque facture englobe plusieurs bons d'entrées ou de livraison.

Notons également que la totalité des factures ayant fait l'objet d'un retour ont été traitées et liquidées.

➤ **Champ de la mesure : processus de gestion des stocks :** [15]

Objectifs :

- Gestion et suivi de la valeur du stock médicaments et dispositifs médicaux
- Suivi économique du service
- Fiabilité du stock physique
- Concordance entre le stock physique et théorique

Critères :

- La mise en place d'un stock de sécurité de 20 jours.
- Garder un stock tournant entre 30 et 35 jours.
- Optimisation des péremptions.

Indicateurs d'activité :

- **Nombre de médicaments périmés en quantité et en valeur monétaire :**

C'est l'inventaire de tous les produits pharmaceutiques périmés avec une évaluation de leur coût.

- **Pourcentage des livraisons fournisseurs non - conformes :**

Objectif : Vérification de la conformité commande- réception.

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de bons de livraison présentant une non conformité}}{\text{Nombre de bons de livraison réceptionnés}}$$

Indicateurs de qualité :

- **Fiabilité des inventaires :**

Objectif 1 : mesurer le pourcentage de références en écart inventaire.

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de références en écarts inventaires}}{\text{Nombre total de références}}$$

81

Objectif 2: mesurer l'écart constaté entre la valeur du stock physique et celle du stock administratif.

Méthode :

$$\frac{\text{La valeur HT du stock physique} - \text{la valeur du stock administratif}}{\text{La valeur du stock physique}}$$

- **Pourcentage de péremption :**

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de références des produits périmés}}{\text{Nombre total des références}}$$

- **Pourcentage de péremption en valeur monétaire :**

Méthode :

$\frac{\text{Valeur monétaire des médicaments périmés}}{\text{Budget annuel des médicaments}}$
--

- **Nombre de jours de couverture de stock :**

Objectif : - Eviter toute rupture de stock et le sur stockage.

- Réduire au maximum la durée de rotation des stocks car garder longtemps des produits en stock coûte cher.

Méthode :

- **Couverture de stock** se mesure en jour. C'est la vitesse d'écoulement du stock moyen. Le calcul est le suivant :

$\frac{\text{Durée de la période}}{\text{Coefficient de rotation.}}$
--

la période de référence est un an, la formule est donc : 360 jours / coefficient de rotation.

- **Le coefficient de rotation des stocks** détermine le nombre de fois ou le stock est complètement renouvelé pour réaliser un chiffre d'affaire donné dans une période donnée.

$\frac{\text{Achat en valeur}}{\text{Stock moyen en valeur}}$

Analyse des résultats et synthèse :

	Médicaments	Dispositifs médicaux
Total de désignations	2398	4518
Total de désignations en écart inventaire	319	443
Total de désignations des produits périmés	67	99
Nombre de bons de livraison réceptionnés	1941	812

Nombre de bons de livraison présentant une non-conformité	15	1
Budget annuel des produits	19 600 000 DHS	20 400 000 DHS
Valeur monétaire des produits périmés	64 081 DHS	80 509 DHS
Stock moyen	2 779 933 DHS	2 916 205 DHS
Valeur HT du stock physique lors de l'inventaire du 31/12/06	2 564 477,34 DHS	3 461 075,8 DHS
Valeur du stock administratif lors de l'inventaire du 31/12/06	2 556 933,3 DHS	3 460 845,85 DHS
Pourcentage des livraisons fournisseurs non- conformes	0,77%	0,12 %
Pourcentage des écarts inventaires	13,30%	9,80%
Ecart constaté entre la valeur du stock physique et celle du stock administratif	0,29%	0,0066%
Pourcentage des péremptions	2,79%	2,19%
Pourcentage des péremptions en valeur monétaire	0,32 %	0,39 %
Couverture de stock	51,05 jours	51,46 jours

Tableau n°10 : Résultats des indicateurs de gestion de stock au niveau de la pharmacie centrale du 01/01/2006 au 31/12/2006

Commentaire :

Le tableau récapitulatif permet de tirer un ensemble de constatations :

- Le nombre de désignations en stock est très important. En effet, comparativement avec un hôpital universitaire Français le nombre de références stockées en médicaments varie entre 1000 et 1200 (le nombre de références non stockées avoisine les 2500) alors que pour les dispositifs médicaux, il varie entre 600 et 1200 (le nombre de références non stockées avoisine les 800).
- Les écarts inventaires sont de deux types :

- Ecart inventaires quantitatifs : traduits par la différence qui existe entre la quantité réelle en produits et la quantité informatique.
- Ecart inventaires qualitatifs : la quantité réelle stockée pour un produit est identique à celle du stock théorique, ou informatique, mais l'écart réside dans une modification de la date de péremption ou du numéro de lot.

Le nombre de références en écart inventaires est plus ou moins important, mais en terme de valeur monétaire, cet écart n'est pas très significatif, il représente moins de 0,4% du budget annuel des produits pharmaceutiques.

- Le nombre de désignations périmées reste peu important que ce soit en nombre ou en valeur monétaire par rapport au nombre (ou valeur) total de désignations de produits. Il s'agit le plus souvent des produits vitaux tel que la Metalyse...
- Le nombre de bons de livraison fournisseurs non- conformes réceptionnés par les magasiniers reste faible dans l'ensemble.
- La couverture de stock est pratiquement identique pour les deux magasins, elle correspond à :
 - Un stock de sécurité de 20 jours
 - Un stock tournant de 32 jours

➤ **Champ de la mesure : processus de dispensation**

Objectifs : « The five rights » : (Utilisation sécuritaire du médicament)

- ❖ Bon médicament
- ❖ Bonne dose
- ❖ Bonne voie
- ❖ Bon patient
- ❖ Bon moment

Critères :

- Rapidité de préparation d'un bon de livraison
- Traçabilité des produits de santé
- Capacité à rectifier ou prévenir une éventuelle erreur

Indicateurs d'activité :

- **Nombre de lignes de produits de santé délivrées :**

Objectif : Quantifier la délivrance globalisée des produits de santé

- **Nombre de lignes délivrées nominativement et le nombre de lignes de dispensation avec traçabilité :**

Objectif : quantifier la délivrance nominative des produits de santé

- **Durée moyenne de traitement d'un bon :**

Objectif : Le temps moyen de préparation d'un bon de commande nominatif en vue d'une dispensation ne doit pas excéder les 12 minutes.

Indicateurs de qualité :

- **Fiabilité de la délivrance nominative des médicaments :**

Objectif 1 : Respecter la réglementation qui impose une délivrance nominative pour les médicaments

85

Méthode :

<u>Nombre de lignes délivrées nominativement</u>
--

Nombre total de lignes délivrées

Objectif 2 : Déterminer la capacité à corriger la délivrance nominative, il s'agit de la capacité à améliorer le dispositif

Méthode :

<u>Nombre d'actions correctrices constatées par double écrit ou par le client</u>

Nombre total de commandes signalées avec erreur

- **Taux de satisfaction client « services » :**

Objectif : Vérifier la fiabilité des livraisons

Méthode :

$$\text{Taux réclamation/litiges} = \frac{\text{Nombre de réclamations/litiges des services}}{\text{Nombre de lignes servies}}$$

- **Taux d'erreurs sur les commandes :**

Objectif : Vérifier la fiabilité de la préparation des commandes

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de commandes signalées avec erreur}}{\text{Nombre de commandes préparées sur la période}}$$

- **Taux de retours clients :**

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de livraisons retournées}}{\text{Nombre total de livraisons}}$$

- **Taux de traçabilité :**

Objectif : Mesurer la qualité de la traçabilité patient

Méthode :

$$\frac{\text{Nombre de lignes délivrées nominativement avec traçabilité}}{\text{Nombre de lignes délivrées nominativement}}$$

86

- **Taux de rupture des stocks :**

Méthode : Nombre de cas où tout ou partie des commandes clients n'a pu être livrées à cause d'une rupture d'approvisionnement / Nombre total des livraisons.

Analyse des résultats et synthèse :

	nombre de bons de commande				nombre de lignes		nombre de lignes par bon de commande	
Mois	A	D	C	D	A	C	A	C

Janvier	642	00:19:05	5 365,00	00:14:80	2 503,00	20 458,00	3,89	3,81
Février	878	00:26:66	5 467,00	00:15:09	2 817,00	20 744,00	3,2	3,79
Mars	1 041,00	00:31:62	6 542,00	00:18:06	3 330,00	24 813,00	3,19	3,79
Avril	989	00:30:04	6 126,00	00:16:91	3 183,00	23 148,00	3,21	3,77
Mai	1 076,00	00:32:68	7 211,00	00:19:91	3 522,00	27 966,00	3,27	3,87
Juin	1 026,00	00:31:16	7 891,00	00:21:78	3 437,00	29 518,00	3,34	3,74
Juillet	936	00:28:43	7 437,00	00:20:53	2 940,00	28 924,00	3,14	3,88
Août	709	00:21:54	6 043,00	00:16:68	3 106,00	25 875,00	4,38	4,28
Septembre	939	00:28:52	8 178,00	00:22:57	2 972,00	29 958,00	3,16	3,66
Octobre	924	00:28:07	7 456,00	00:20:58	3 010,00	25 705,00	3,25	3,44
Novembre	1 009,00	00:30:65	8 016,00	00:22:13	3 172,00	29 829,00	3,14	3,72
Décembre	1 163,00	00:35:33	8 389,00	00:23:16	3 595,00	31 689,00	3,09	3,77
TOTAL	11 332,00	00:26:47	84 121,00	00:19:35	37 587,00	318 627,00	3,31	3,78
TOTAL	95 453,00				356 214,00		3,73	

Tableau n°11 : Nombre de bons et de lignes saisis par type et point de stockage du 01/01/2006 au 31/12/2006

A : Alimentation

C : Consommation

D : Durée moyenne de traitement d'un bon pour le magasinier (minutes)

Tableau n°12 : Résultats des indicateurs du processus de dispensation

Indicateurs	Résultats
Nombre de bons de commandes de produits de santé délivrés	95 453,00
Nombre de bons de commande délivrés nominativement	84 121,00
Nombre de lignes de produits de santé délivrées	356 214,00

Nombre de lignes délivrées nominativement	318 627,00
Nombre de lignes délivrées nominativement avec traçabilité	318 627,00
Nombre de livraisons signalées avec erreur	932
Nombre de livraisons retournées	3 840
Nombre de commandes n'ayant pas pu être livrées à cause d'une rupture d'approvisionnement	276
Nombre d'actions correctrices constatées par double écrit ou par le client	898
Nombre de réclamation/litiges des services	192
Taux de la délivrance nominative	89,44%
Taux de correction de la délivrance nominative	96,35%
Taux de traçabilité	100%
Taux d'erreur sur les livraisons	0,97%
Taux de retours clients	4,02%
Taux réclamation/litiges	0,05%
Taux de rupture des stocks	0,28%

Commentaire :

La prescription nominative signée par un prescripteur habilité, et qui est transcrite sur un bon de commande service, comporte :

- L'identification du prescripteur et du service de soins
- L'identification du patient
- L'identification du produit prescrit qualitativement et quantitativement
- La date de prescription

Cette dispensation nominative représente près de 90% du total des bons de commande.

- Le taux de retours client est important, ces retours peuvent s'expliquer par :
 - l'arrêt ou changement du traitement
 - la sortie ou décès du patient
- Les ruptures des stocks sont peu nombreuses dans l'ensemble, elles ne représentent que 0,28% des commandes livrées.
- Le taux d'erreur sur les livraisons, et de réclamations/litiges reste faible dans l'ensemble.
- Enfin, la durée moyenne de traitement d'un bon reste supérieure à l'objectif fixé, puisque le temps alloué au traitement d'un bon nominatif est de 19minutes 35secondes.

➤ **Champ de la mesure : Système qualité gestion des risques**

Objectifs :

- Conformité du système de management de la qualité avec les chapitres de la norme ISO 9001 version 2000.
- Organisation et gestion des documents qualité décrivant les dispositions générales relatives à la pharmacie centrale (Manuel qualité, procédures...)

Critères :

- Présence d'un programme d'assurance qualité sur l'organisation de la gestion et de la dispensation des produits pharmaceutiques.
- Elaboration et mise à jour des documents relatifs au Manuel qualité, aux procédures et instructions.
- Organisation des audits qualité internes.

Indicateurs de production :

Indicateurs	Objectifs	Données	Résultats
Comptabiliser le nombre de procédures et de modes opératoires créés ou modifiés avec des révisions majeures sur la période.	Développement d'un système documentaire, base de l'assurance qualité	Nombre de documents créés ou avec révisions majeures	34
Mesurer le temps consacré par les cadres de la pharmacie à la formation des membres de l'équipe pharmaceutique pour assurer la diffusion, la connaissance et l'appropriation du système qualité.	Développement d'un programme Assurance Qualité	Nombre de jours de formation ou d'information des agents	10 jours
Mesurer le temps passé par les cadres de la pharmacie à assurer des fonctions d'audit à l'intérieur du service	Développement d'un programme Assurance Qualité	Nombre de jours consacrés à l'activité d'audit	6 jours
Recenser le total des documents, procédures, fiches d'enregistrement ou protocoles du manuel qualité.	Développement d'un système documentaire, base de l'assurance qualité	Nombre total de documents	226

Tableau n°13 : Indicateurs de production du système qualité gestion des risques

Indicateurs de qualité :

Indicateurs	Objectifs	Données	Résultats
Existence d'un manuel qualité révisé au minimum tous les deux ans	Formalisation de la démarche qualité	Oui / Non	Oui
Vérifier l'usage effectif du système documentaire et la capacité d'adaptation des procédures	Mise à jour du système documentaire	Nombre de documents révisés ou créés / nombre total de documents	15%
Mesurer la réactivité du système qualité	Amélioration de la qualité et gestion des risques	Nombre de mesures correctives ou préventives visant à améliorer la qualité	23

Tableau n°14 : Indicateurs de qualité du système qualité gestion des risques

Commentaire :

- Chaque agent du service pharmacie a reçu un minimum de 10 jours de formation sur le système qualité.
- Il s'est également avéré que les pilotes des différentes unités, ainsi que les auditeurs internes ont eu une formation supplémentaire de 5 jours.
- Le système, étant encore jeune, la mise à jour du système documentaire, ainsi que le nombre de jours consacrés à l'activité d'audit ne sont pour le moment pas très significatifs ; par contre, le nombre de mesures correctives ou préventives visant à améliorer la qualité n'est pas négligeable traduisant ainsi une bonne réactivité du système qualité.

➤ **Champ de la mesure : Formation** [20, 40]

Objectifs :

- Evaluation des besoins en formation du personnel de la pharmacie centrale. (Annexe IV)
- Préparation des plans de formation.
- Réalisation et évaluation des activités de formation. (Annexe V)

Critères :

Temps alloué à la formation continue et à l'enseignement au sein du service pharmacie.

Indicateurs de production :

Indicateurs	Objectifs	Données	Résultats
Nombre d'heures dispensées dans le cadre de la formation continue	Bénéficier d'une formation interne ou externe	Nombre d'heures de formation reçues pour tous les agents de la pharmacie	1022 heures
Nombre d'heures dispensées dans le cadre de l'enseignement	Participer en tant que formateur : étudiants, préparateurs en pharmacie...	Nombre d'heures effectuées d'enseignements par tous les cadres du service	348 heures
Total annuel d'internes et stagiaires encadrés	Encadrer les internes et/ou autres stagiaires	Nombre de personnes encadrées	37

Tableau n°15 : Indicateurs de production du processus de formation

Indicateurs de qualité :

Indicateurs	Objectifs	Données	Résultats
Nombre d'heures moyen de formation continue	Evaluer l'activité des formations continues	Nombre d'heures de formation pour un agent service pharmacie / an	73 h / an
Pourcentage de demandes de formations validées	Répondre à un maximum de demandes	Nombre de demandes retenues au plan de formation / nombre de demandes totales	95%
Pourcentage de formations exécutées conformément au plan de formation	Exécuter 90% des formations planifiées dans l'année	Nombre de formations réalisées au cours de l'année / nombre de toutes les formations planifiées dans l'année	100%

Tableau n°16 : Indicateurs de qualité du processus de formation**Commentaire :**

Nous constatons que la quasi-totalité des demandes de formations validées a été satisfaite, de même que le plan de formation qui avait été programmé au début de l'année 2006 a été entièrement respecté.

Ces résultats traduisent l'importance que revêt la formation au niveau du service pharmacie et qui est indissociable du principe de l'amélioration continue.

➤ **Champ de la mesure : Information**

Objectif :

Contribuer de manière spécifique à la prise en charge thérapeutique d'un patient, ou de manière plus générale, à l'accès aux connaissances et données pouvant concourir à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Critères :

Fournir en temps utile différents types d'informations précises, pertinentes et complètes sur : les médicaments, les dispositifs médicaux ou tout autre produit pharmaceutique.

Indicateurs de production :

Indicateurs	Objectifs	Données	Résultats
Comptabiliser le nombre d'informations formalisées concernant un produit de santé quand cette information est destinée à un personnel de santé	Fournir une information sur un produit de santé au personnel médical, soignant, pharmaceutique (sauf patient)	Nombre d'informations formalisées	480

Tableau n°17 : Indicateurs de production concernant l'information

Commentaire :

Le nombre non négligeable d'informations formalisées montre que le service pharmacie participe activement à la sécurité d'utilisation des médicaments et autres produits de santé, grâce à un support au personnel de santé.

3.3. Réaliser des enquêtes clients :

3.3.1. L'écoute client :

La pérennité des prestations de la pharmacie dépend entre autres de la satisfaction du client. Elle s'inscrit dans le triangle « qualité - coût - délais ».

Afin de satisfaire et fidéliser ses clients, la pharmacie centrale a mis en place un système assurance qualité afin d'assurer la qualité de ses prestations par identification d'un processus écoute client.

La satisfaction des clients est mesurée par :

- Le respect de délai ;
- Le traitement des contacts client (suggestions, réclamations) ;
- Les enquêtes de satisfaction des clients ;
- Les audits;
- Le suivi d'indicateurs de performance clés.

Les principales sources de recueil de données sont les questionnaires écoute et mesure satisfaction client. Ces questionnaires sont ensuite analysés afin de rechercher les opportunités d'amélioration continue.

Dans cette même perspective la pharmacie centrale a prévu certaines dispositions pour le traitement des réclamations gérées par la procédure : Traitement des réclamations client qui fait partie de la démarche d'écoute client instaurée en vue d'améliorer les résultats d'activités de la pharmacie centrale. Cette procédure concerne toutes les réclamations émises en externe et en particulier les réclamations émises par les clients de la pharmacie centrale. Elle décrit les dispositions prises par la pharmacie centrale pour :

- Collecter les réclamations externes.
- Traiter ces réclamations et mettre le résultat du traitement à la disposition du client.

Les indicateurs mis en place sont intégrés dans les tableaux de bord, suivis régulièrement et analysés lors des revues de direction afin de décider des actions à entreprendre.

3.3.2. L'enquête de satisfaction :

Dans une pharmacie hospitalière, la satisfaction des clients et la pérennité du service constituent deux objectifs principaux qui sont en même temps, deux aspects parmi les plus difficiles à mesurer: La pérennité car elle concerne des résultats observables dans l'avenir et la satisfaction des clients car elle est subjective.

La satisfaction des clients est une notion triviale, elle correspond à la capacité du service à contenter les attentes de l'utilisateur. Mais comment mesurer de manière quantitative les sentiments d'un ensemble de clients envers le service ?

Malgré l'ancienneté des mesures de la satisfaction des usagers dans les entreprises, plusieurs difficultés de mesure se posent. D'une part, la satisfaction se mesure principalement par enquête sur un échantillon représentatif. Il est nécessaire de disposer du panel adéquat, ce qui suppose une analyse préalable de la population concernée. D'autre part, le taux de satisfaction qui ressort d'une enquête dépend de la manière dont les questions sont construites et de la convention retenue pour le calculer.

La réponse elle-même des usagers est subjective, pour une même prestation, la qualité perçue varie suivant les usagers. Pour cela, nous avons privilégié l'approche de la satisfaction par les réclamations car leur intérêt est double : Toute pharmacie hospitalière, quelle que soit sa taille, reçoit des réclamations écrites et orales donc la source d'information est directement disponible et même si ces réclamations restent pour une part, subjectives dans leur expression, elles portent sur des sujets qui eux sont objectifs (retard dans une livraison, erreur qualitative ou quantitative de saisie ou de livraison ...) et sur lesquels le service a une emprise directe.

La seule difficulté porte sur la mise en place d'un système d'enregistrement et d'analyse des plaintes. Le suivi des réclamations peut nécessiter des moyens supplémentaires non négligeables mais reste faisable moyennant une responsabilisation du personnel de la pharmacie pour enregistrer les plaintes en l'équipant d'un système simple de traitement des données pour analyser les réclamations.

Notons que les services sont toujours en mesure de fournir, au moins de manière qualitative l'information sur le thème de réclamations récurrentes durant le mois. Cette information est importante, car elle donne une clef d'action pour améliorer sensiblement la qualité perçue par les clients. Afin de guider la constitution de cet indicateur, une typologie des réclamations devra être élaborée et déclinée avec plus ou moins de détails suivant l'information disponible dans le service. (Annexe VI)

Tableau n°18 : Questionnaire Ecoute Client [35]

Identification du client

Type	☐ Service de soins	☐ Médecin	☐ Autre
Nom			
Adresse			
téléphone			
Email /fax			

PRESTATION DE SERVICE	EVALUATION	TAUX DE SATISFACTION EN %	SUGGESTIONS
Est-ce que la PC traite votre demande dans un délai raisonnable ?	☐ Oui ☐ Non		
Lequel ?	h /mn		
Est ce que la PC vous livre la commande dans un délai raisonnable ?	☐ Oui ☐ Non		
Lequel ?	h /mn		
La livraison est toujours conforme ?	☐ Oui ☐ Non		
Sinon quel genre de non-conformité ?	☐ Produits ☐ Bons		
Combien de fois par mois la PC vous livre une commande avec erreur ?	 Fois		
Qui relève la non-conformité ?	☐ Vous même ☐ la PC		
Quelles sont les dispositions prises dans ce cas ?			
La PC écoute vos besoins et remarques ?	☐ Oui ☐ Non		
Est ce qu'il y a un retour d'information dans ce cas ?	☐ Oui ☐ Non		
Comment vous jugez le comportement du personnel de la PC ?	☐ Excellent ☐ Satisfaisant ☐ Médiocre		
Avez-vous des remarques que nous n'avons pas abordé ?			

Tableau n°19 : Tableau récapitulatif écoute client

Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	taux de satisfaction
Délai raisonnable de traitement	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	95,38%
Délai raisonnable de livraison	oui	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non	oui	56,84%
Livraison toujours conforme	non	non	oui	non	non	oui	oui	non	non	non	non	non	oui	78,69%
Commande avec erreur	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	76,46%
Constat/ mois	1	2	1	1	2	0	0	1	3	15	2	1	rarement	65%
Dispositions prises	RC	RC	RC	RC	RC	X	X	RC	RC	RC	RC	RC	C	80%
PC écoute vos besoins	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Non	oui	oui	90%
Retour d'information	oui	non	oui	non	non	oui	oui	oui	non	non	Non	oui	oui	64,61%
Comportement personnel	++	+	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	+	95%
Taux de satisfaction général (%)	91,42	69,8	91,42	75	66,76	91,42	88,6	86	68	58	53,57	74,36	99,42	77,99%

++ : excellent ; + : satisfaisant.

RC : retour et correction ; C : communication

Service 1 : Ophtalmologie ; Service 8 : Mère - enfant

Service 2 : Hôpital du jour (ambulatoire) ; Service 9 : traumatologie

Service 3 : Chirurgie A ; Service 10 : Cardiologie

Service 4 : Chirurgie B ; Service 11 : Réanimation Polyvalente

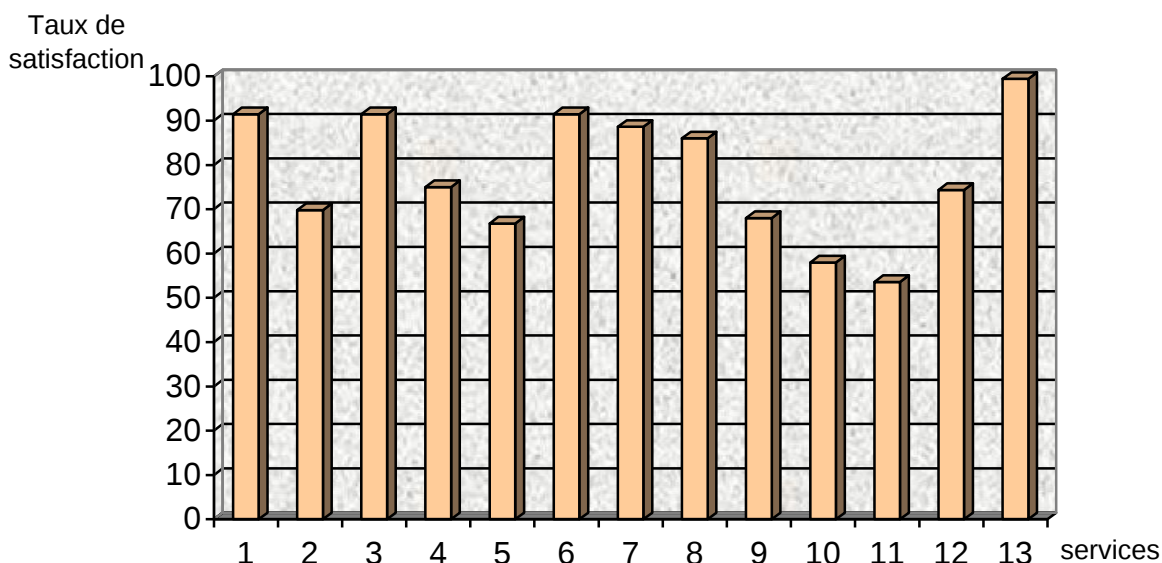
Service 5 : médecine B ; Service 12 : Réanimation CCV

Service 6 : Urologie ; Service 13 : Réanimation néonatale

Service 7 : Médecine A

Une fois le taux de satisfaction des clients calculé, les résultats peuvent servir à réaliser un diagramme de satisfaction.

Figure 10: Diagramme de satisfaction client pour les différents services



Analyse du questionnaire écoute client :

Une analyse des résultats obtenus suite à la diffusion d'un questionnaire écoute client le 02/10/2006 auprès des infirmiers chefs des différents services de soin, a permis d'évaluer et de mesurer leur taux de satisfaction par rapport aux prestations de service de la pharmacie centrale.

Ces résultats qui ont été reportés sur un tableau récapitulatif ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- Le taux de satisfaction général des prestations de la pharmacie centrale est d'environ 78%.
- Une insatisfaction par rapport au délai de livraison a été signalée.
- Un manque de retour d'information a été également évoqué.

Ces résultats ont également montré que la plupart des infirmiers chefs n'avaient aucune suggestion d'amélioration à proposer.

Toutefois, deux infirmiers chefs ont suggéré d'améliorer la communication entre la pharmacie centrale et les services de soin avec une meilleure écoute client.

Devant ce constat, le responsable qualité de la pharmacie centrale a proposé d'ouvrir une fiche d'amélioration continue qui permettra de prendre et de mesurer les actions correctives ou préventives nécessaires à une amélioration de la qualité du service de la pharmacie.

3.4. Etude du système qualité :

3.4.1. Les audits qualité internes : [10, 12, 13, 14, 28]

L'audit est une méthode d'évaluation rigoureuse et indépendante, basée sur l'utilisation d'un référentiel et/ou de critères prédéterminés, qui permet de décrire, comparer, mesurer et analyser une pratique, un processus, une technique, ou un service pour déterminer si les exigences du référentiel et les dispositions prévues sont effectivement respectées. Il apprécie un écart par rapport à une situation de référence.

L'objectif est de vérifier que l'activité donne satisfaction et que la méthodologie et l'organisation prévues sont respectées ; il s'agit donc de vérifier le respect des exigences préétablies par les procédures.

L'audit permet également d'évaluer le besoin d'amélioration ou d'actions correctives.

L'auditeur doit être responsable, objectif, ouvert et impartial.

Dans une pharmacie hospitalière, nous pourrions concevoir de nous auditer réciproquement et régulièrement les uns les autres.

Toute la structure de la pharmacie centrale sera au moins évaluée une fois par an par les auditeurs internes qualifiés.

Le responsable qualité est chargé du planning de ces audits, en tenant compte de l'importance des différentes unités de la pharmacie centrale et des différents chapitres de la norme ISO 9001 (2000). La planification s'effectue généralement sous la forme d'un planning d'audit où le responsable qualité indique le processus ou l'unité qui subira un audit, la date de l'audit et les auditeurs qui seront chargés de l'audit. (Annexe VII)

Après approbation par le pharmacien chef de service, le planning d'audit est transmis à chaque responsable d'unité ou pilote de processus.

Si nécessaire, d'autres audits qui n'étaient pas prévus sur le planning d'audit, peuvent encore être planifiés au cours de la réunion sur la qualité. Dans ce cas, le responsable qualité sera responsable de l'établissement et de la distribution d'un planning d'audit particulier.

3.4.1.1. Préparation de l'audit :

- **Planification concrète de l'audit:** Le Pharmacien chef de service est chargé de convenir et valider la date de l'audit avec les responsables d'unité et/ou les pilotes des processus qui doivent le subir. Il veille à ce que l'audit soit planifié au cours de la date indiquée sur le planning d'audit par le responsable qualité.

- **La collecte des documents nécessaires :** L'auditeur interne rassemble au préalable un certain nombre de documents afin que l'audit se déroule le plus efficacement possible. Ces documents, qui peuvent également être demandés pendant l'audit, sont :

- Le manuel qualité ;
- Les objectifs qualité du processus ou de l'unité qui doivent subir l'audit ;
- Les fonctions et responsabilités (descriptions des fonctions) ;
- Les procédures et instructions d'application en vigueur;
- Le rapport d'audit précédent ;
- Les rapports de non-conformité établis depuis l'audit précédent.

3.4.1.2. Exécution de l'audit :

- **Évaluation des documents:** Cette évaluation est normative. En ce sens, l'auditeur examine si chaque exigence de la norme ISO 9001 (2000) est satisfaite.

Au cours de l'audit, l'auditeur examine en particulier si les éléments du système qualité :

- Correspondent encore aux activités de la structure ;
- Sont à jour, même du point de vue documentation.

Si un manquement est constaté, l'auditeur le note dans son rapport.

- **Évaluation de la situation pratique :** Le but est de chercher les écarts du système par rapport aux dispositions écrites (manuel qualité, procédures, instructions de travail,...) afin de remédier à la situation et donc ainsi d'améliorer la qualité au sein de la pharmacie centrale.

Par la même occasion, l'auditeur recherche les axes d'amélioration dans la structure ou fonction auditée qui pourraient être améliorés, et examine si les mesures correctives prises et qui sont mentionnées dans le rapport d'audit précédent ou dans les rapports de non-conformité sont efficaces.

3.4.1.3. Rapport d'audit : [37]

Dans la pharmacie centrale, l'audit interne qui a eu lieu le 02 Septembre 2006 selon le plan suivant, a été bouclé par le rapport ci-dessous :

Horaires	Contenu de l'étape	Chapitres de la norme	Interlocuteurs à rencontrer
10h – 10h15	Réunion d'ouverture	--	Equipe d'audit Responsable qualité Pharmacien chef de service Pilotes des processus
10h15 – 10h45	Ecoute client Gestion du SMQ Ressources humaines	4.1, 5 6.2	Responsable qualité Pharmacien chef de service
10h45 – 11h15	Infrastructures Environnement DSM	6.3 6.4 7.6	Pharmacien chef de service
11h15 – 11h45	Maîtrise des documents	4.2	Responsable qualité
11h50 – 12h35	Approvisionnement	7.4	Agent préachat
12h40 – 13h 05	Pré facturation	7.2	Agent pré facturation
14h00 – 14h45	Gestion des entrées	7.4	Agent dépôt Agent entrée achat
14h50 – 17h00	-Dispensation -Traçabilité -Préservation du produit	7.5	Magasiniers DM Magasiniers médicaments
17h00 – 17h30	Réunion de synthèse	--	Equipe d'audit
17h30 – 18h00	Réunion de clôture	--	Equipe d'audit Responsable qualité Pharmacien chef de service Pilotes des processus

Tableau n°20 : plan de l'audit

Objectifs et domaine d'application	Audit des processus de la pharmacie centrale de l'hôpital Cheikh Zaid
Référentiels	-Norme ISO 9001 Version 2000 -Manuel qualité de la pharmacie centrale (version 1)
Liste des destinataires	-Pharmacie centrale -Cabinet accompagnateur
Liste des auditeurs	-Responsable Audit -Auditeur
Remarques particulières concernant l'audit	L'Audit s'est déroulé dans de bonnes conditions ; Il a été réalisé suivant le plan ci-dessus avec un certain décalage au niveau de l'horaire

Appréciations :**Points forts :**

- Le système documentaire est presque clôturé.
- Le personnel de la pharmacie centrale est sensibilisé, motivé et impliqué avec un esprit d'équipe.
- Les processus de réalisation sont maîtrisés, ce qui implique la qualification du personnel.
- Certaines dispositions, même si elles ne sont pas formalisées, sont pratiquées notamment la sélection des fournisseurs.

Points faibles :

- Certaines dispositions sont prévues dans la documentation mais elles ne sont pas réalisées.

Ecart de l'audit :

Chapitre de la norme	Ecart	Type d'écart
5.6	Aucune revue de direction n'est réalisée	Non-conformité
8.2	Aucun audit interne n'est réalisé	Non-conformité
6.2	Il n'est pas démontré que les nouveaux recrues de la pharmacie centrale sont évalués	Remarque
8.3	Il n'existe pas une liste des auditeurs qualité qualifiés	Remarque

Tableau n°21 : Ecart de l'audit**Recommandations :**

- Programmer une revue de direction.
- Réaliser des audits qualité internes.
- Etablir une liste des auditeurs qualifiés.

À la réception du rapport d'audit, le Responsable Qualité vérifie si le rapport a été clairement établi et s'il est complet.

Au cours de la réunion sur la qualité, les constatations de l'audit sont abordées. En même temps, une date limite est fixée pour les points d'action pour lesquels aucune date n'avait encore été convenue. Tous les points d'action sont repris dans le plan d'action global dont le suivi est assuré par le responsable qualité au cours de la réunion sur la qualité.

4. QUATRIEME ETAPE : AGIR

4.1. Analyser les résultats du diagnostic qualité :

4.1.1. Système de management de la qualité :

✚ Le système de management de la qualité est correctement mis en œuvre, grâce à la forte implication de la direction générale, du directeur adjoint, du directeur médical, du pharmacien responsable et de la volonté de tout son personnel.

✚ Le système de management de la qualité de la pharmacie centrale de l'hôpital universitaire Cheikh Zaid est conforme aux exigences de la norme Iso 9001 version 2000.

✚ L'architecture du système de management de la qualité est classique et répond aux exigences normatives et légales en vigueur dans le secteur de la santé et particulièrement celui de l'officine.

✚ Une analyse pertinente des processus a permis d'établir ceux qui ont un impact sur l'opérationnel pour mieux gérer les activités et les différentes interfaces avec les autres services ainsi que ceux managériaux qui ont pour objectif de faire adhérer l'ensemble des acteurs à cette démarche, et ce en fonction des compétences du personnel.

✚ Le manuel qualité résume bien l'organisation mise en place, ainsi que les procédures et processus mis en vigueur.

4.1.2. Responsabilité de la direction :

✚ La direction de l'hôpital, le pharmacien chef de service ainsi que l'ensemble du personnel de la pharmacie centrale sont impliqués dans la mise en œuvre d'une démarche basée sur le système de management de la qualité.

✚ La vision de l'hôpital Cheikh Zaid est clairement définie, elle prend en compte les attentes aussi bien du personnel médical que des patients transitant par l'hôpital et qui indirectement font appel aux services de la pharmacie centrale.

✚ Le système de management de la qualité répond d'une part à un besoin de la direction générale d'harmoniser, de maîtriser les méthodes de travail au sein de la pharmacie centrale et d'autre part, de rassurer les clients de la pharmacie et d'améliorer en permanence son organisation.

✚ Cette démarche s'intègre dans une stratégie à long terme visant à la globaliser à tous les services support dans un premier temps tels que le laboratoire, la radiologie...avant de la généraliser à tous les services de soins.

4.1.3. Management des ressources :

✚ Les équipes de la pharmacie centrale sont composées de cadres sensibles à fournir une prestation de qualité dans le respect des exigences réglementaires légales et celles formulées par ses clients.

✚ Le professionnalisme et les compétences sont assurés par une maîtrise de leurs activités et processus opérationnels.

✚ La pharmacie centrale complète ou fait progresser les compétences par des formations planifiées suivant un plan de formation annuel.

✚ La pharmacie centrale bénéficie de l'infrastructure nécessaire pour assurer un environnement de travail parfaitement adaptée à la nature de l'activité.

4.1.4. Réalisation du produit :

✚ La pharmacie centrale assure l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux des différents services de soins de l'hôpital Cheikh Zaid.

✚ Ce domaine ne couvre pas les activités de préparation, chimiothérapie,... donc ne présente aucun risque.

✚ Les clients sont essentiellement les médecins des différents services qui établissent des ordonnances en fonction de leurs besoins thérapeutiques, le major de chaque service gère sous sa responsabilité le stock à sa disposition.

✚ Néanmoins, une traçabilité et une surveillance des dates de péremption se fait à distance, le pharmacien chef de service, en concertation avec le major de la pharmacie assure le suivi de l'acte de dispensation de manière à éviter tous risques d'erreurs, d'autant plus que la pharmacie dispose d'un logiciel performant assurant en temps réel une meilleure traçabilité.

✚ Le pharmacien chef de service est présent à tous les niveaux, son souci d'amélioration et de progrès est transmis à l'ensemble des acteurs de la pharmacie centrale pour aller de l'avant.

4.1.5. Mesures, analyse et amélioration :

✚ L'examen des non –conformités est assuré par le manager qualité qui décide des actions à mener, en concertation avec les responsables concernés.

✚ Les actions correctives sont traitées par l'intermédiaire d'une fiche adaptée et sont issues des observations suite à l'audit, aux non –conformités, réclamations clients.

✚ Vu la jeunesse du système de management de la qualité, l'analyse des données n'est encore introduite de manière à avoir une meilleure visibilité sur l'état d'évolution des processus.

✚ Un audit complet du système qualité a été effectué. Les actions correctives déclenchées suite à l'audit sont en cours de mise en œuvre.

✚ L'amélioration du système de la pharmacie centrale est le mot d'ordre du Top et du Middle management qui souhaitent progresser afin de pouvoir assurer la pérennité du système de management de la qualité.

4.2. Définir les actions correctives et/ou préventives :

En pharmacie hospitalière, comme dans toute activité à forte participation humaine, le risque de dysfonctionnements est élevé. La capacité à détecter des anomalies, à les traiter et à les prévenir, est donc essentielle.

4.2.1. Les actions correctives :

Une action corrective a pour but d'éviter la répétition d'une anomalie ou d'un événement perturbant. Ce n'est pas une résolution ponctuelle d'un problème sans garantie de résultat durable à moyen et long terme.

Une action corrective nécessite l'enregistrement des incidents, l'identification des causes et le traitement définitif du problème. Son efficacité doit pouvoir être mesurée dans la durée.

Dans la pharmacie centrale, des mesures correctives sont appliquées chaque fois que des non-conformités sont décelées. Ces mesures sont entreprises pour éliminer les causes de ces défauts existants et empêcher ainsi leur renouvellement.

Elles peuvent faire suite par exemple :

- A des non-conformités produits ;
- A des non-conformités systèmes (lors des audits)
- A des réclamations client

4.2.2. Les actions préventives :

Le but des actions préventives est d'anticiper l'apparition d'une non-conformité potentielle.

Elles sont souvent définies lors de la révision des processus et des procédures.

Dans la pharmacie centrale, des actions préventives sont entreprises pour éliminer les défauts potentiels et empêcher ainsi leurs apparitions. Cela fait l'objet d'une procédure formelle intitulée maîtrise des actions correctives et préventives.

Elles peuvent être déclenchées, par exemple :

- Lorsque des éléments potentiels peuvent générer des non-conformités de produit, processus ou système ;
- Suite à des réclamations clients ;
- A des suggestions des opérateurs.

La démarche et la méthode de traitement sont identiques aux actions correctives, seuls les éléments déclencheurs peuvent différer.

4.2.3. La procédure : maîtrise des actions correctives et préventives : [35]

Cette procédure décrit les dispositions prises par la pharmacie centrale pour le traitement des anomalies et des dysfonctionnements constatés.

Les dispositions de cette procédure sont appliquées chaque fois qu'un collaborateur constate un dysfonctionnement quelconque (ou à la suite d'une enquête, d'un rapport d'audit qualité ou d'une réclamation client...).

Le Collaborateur ayant constaté un dysfonctionnement quelconque va renseigner la partie description de l'anomalie dans la fiche d'amélioration continue, puis la transmettre à son Chef d'unité (Annexe IX). Ce dernier, s'il le juge nécessaire, transmet cette fiche au Responsable Qualité, qui va enregistrer, analyser et proposer une action corrective en concertation avec le déclarant et le responsable du processus concerné par cette déclaration.

Ainsi le Responsable Qualité désigne le Responsable jugé compétant, l'action corrective appropriée pour éliminer de façon durable l'anomalie, la ou les personnes (pilote(s)) chargée(s) de la mise en œuvre de l'action corrective, et le délai pour l'appliquer.

Le pilote désigné, va mener l'action et renseigne la case « action à entreprendre », après la mise en œuvre de l'action corrective ou préventive. Le responsable qualité évalue, au besoin avec l'aide des personnes concernées :

- Le résultat de l'action corrective;
- Si ce résultat est satisfaisant ou non;
- Le suivi à effectuer, si cela s'applique.

Après vérification de l'efficacité, le responsable qualité pourra en rendre compte au responsable de l'unité (responsable de processus) et au collaborateur desquels émane la demande et ainsi clôturer cette fiche. Si cette action n'est pas jugée efficace, une nouvelle fiche est ouverte.

Les fiches d'amélioration continue sont enregistrées par le responsable qualité sur le tableau synthétique de suivi des états des fiches d'amélioration continue qui seront traitées lors des réunions prévues pour cet effet. Elles sont regroupées dans un registre prévu à cet effet et qui est mis à la disposition du personnel dans le casier qualité. (AnnexeX)

4.3. Etablir le plan d'action qualité :

Le plan d'action qualité formalise par écrit les actions d'amélioration à entreprendre.

Un QQQQCP est un outil recommandé.

Quoi ? Que voulons-nous faire ? Pourquoi ?

Qui ? Qui est concerné par la mise en œuvre ? Pourquoi ?

 Qui va faire quoi ? Pourquoi ?

Où ? Dans quel(s) processus l'action va-t-elle être réalisée ? Pourquoi ?

Quand ? A quel moment l'action sera-t-elle mise en œuvre ? Sur quelle durée ou à quelle fréquence ?

Comment ? Comment allons-nous procéder en termes d'étapes, de réalisation, de moyens associés ?

La réponse systématique à la question supplémentaire "pourquoi ?" vient valider les réponses aux autres questions en explorant les causes ou les finalités.

4.4. Mettre en œuvre et suivre le plan d'action qualité :

La mise en œuvre et la réussite des actions d'amélioration déterminées par le plan d'action ne sont réalisables que si le plan d'action est suivi.

4.4.1. Recueil des données :

L'évaluation de la réalisation des actions d'amélioration est révélée par le recueil de différentes données.

Les indicateurs qualité mis en place seront régulièrement évalués. Les fiches de non conformité (non-satisfaction à une exigence donnée) permettront d'enregistrer les défaillances du système et de réagir par des actions correctives et/ ou préventives.

Ainsi, un cahier de réclamations à plusieurs colonnes permet de noter précisément les motifs de mécontentement du client.

4.4.2. Les revues :

Une revue est une activité d'ordre opérationnel et d'ordre stratégique. Elle concerne un processus (revue de processus) ou un système de management (revue de direction) dont elle : analyse l'efficacité, révisé les objectifs, analyse l'organisation, ajuste les moyens et les ressources, et définit des priorités.

Les revues contribuent à l'amélioration continue en révélant les potentiels d'évolution.

4.4.2.1. La revue de processus :

La fréquence des revues de processus dépend de la rapidité d'évolution du processus et de son environnement.

L'ordre du jour comprend :

- La présentation des objectifs,
- Le suivi de la réalisation des actions décidées dans les précédentes revues,
- L'examen des résultats du processus (indicateurs, réclamations, propositions internes, audits...),
- L'examen de l'évolution du processus (évolution des exigences, écoute client, autres processus en interface),
- L'analyse de toutes ces données,
- La revue des moyens disponibles et nécessaires,
- Les actions correctives ou d'amélioration à entreprendre avec leur planification.

La revue de processus est enregistrée et peut constituer une des données d'entrée de la revue de direction.

4.4.2.2. La revue de direction :

La revue de direction est la clé de voûte du processus de management, il s'agit d'une évaluation par le chef de service de la pharmacie centrale, de l'état du système management de la qualité afin de s'assurer qu'il soit pertinent, efficace et adéquat par rapport à la politique et aux nouveaux objectifs résultants de l'évolution du système. Cette revue permet également de proposer des améliorations du système de management quand des défaillances sont détectées. Elle fait partie du processus Management et de sa planification ; à ce titre elle revêt une grande importance car elle permet l'amélioration continue.

Objectifs :

- Analyser l'efficacité du système qualité à l'aide des audits internes, des indicateurs, des enquêtes de satisfaction client mais aussi des revues de processus,
- Evaluer les performances des fournisseurs,
- Analyser la pertinence de la politique qualité et des objectifs qualité existants,
- Les réviser si nécessaire et adapter les méthodes de travail,
- Définir des priorités,
- Ajuster les ressources et les moyens et allouer un budget,
- Planifier et mettre en place de nouvelles stratégies.

Périodicité : la pharmacie centrale se réunit au moins une fois par an pour une revue de direction du système de management de la qualité.

Préparation : Le responsable qualité se charge de :

- L'organisation de la revue de direction.
- La convocation des participants à la revue de direction.
- La préparation des éléments de discussion.

En particulier, il établit une synthèse générale de l'efficacité au SMQ, à partir des indicateurs de performance suivants :

- Rapports d'activités ;
- Résultats des audits internes réalisés depuis la dernière revue de direction au moins ;
- Etats des Actions correctives / Actions préventives ;
- Réclamations ;

- Le retour d'information client ;
- Pertinences de la politique qualité ;
- Actions issues des revues de directions précédentes ;
- Changement pouvant affecter le SMQ ;
- Mesure de la performance des différentes activités et des processus;
- Etat des lieux avec les fournisseurs ;
- Tous les autres facteurs pertinents tels que les activités de maîtrise de la qualité, les ressources et la formation du personnel ;
- Les recommandations d'améliorations.

Réalisations et données de sortie :

Les participants à la revue de direction sont: Pharmacien chef de service; Responsable qualité et le Major du service qui ont le pouvoir de décision pour identifier les actions correctives et préventives nécessaires, fixer de nouveaux objectifs qualité et, au besoin, mettre à jour la politique qualité de la pharmacie centrale. Les pilotes de différents processus sont également invités à y participer et éventuellement d'autres si nécessaire.

Le directeur général ou directeur général adjoint et directeur médical participent à la revue de direction selon leur disponibilité.

Toutes les discussions ayant eu lieu et les décisions prises sont formalisées dans un procès verbal de revue de direction. Ce document est distribué au Comité pour information et communiqué à tous les membres. (Annexe XI). Les éléments de sorties de la revue de direction sont des actions et des décisions relatives à :

- Amélioration de l'efficacité du SMQ et des processus
- Amélioration du service selon les exigences du client ;
- Besoins en ressources.

Enregistrement :

Le responsable qualité prépare un rapport synthétique de la revue de direction, conserve et archive tous les enregistrements relatifs à cette revue dans un dossier pour une période d'au moins 5 ans. Ce dossier comprend : le rapport préparatoire, le rapport synthétique et le procès verbal. (Annexe XII)

4.5. La démarche de certification : [3, 12, 14, 28, 49]

La certification est une « procédure par laquelle un tiers donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service satisfait aux exigences spécifiées. C'est une reconnaissance largement utilisée en dehors du domaine des soins » (Norme Iso 9001 ou 9002 en relation avec la norme ISO9004-2)

La demande de certification de la pharmacie centrale a été volontaire, et s'est effectuée auprès d'un organisme indépendant « MOODY International Certification ».

La démarche de certification s'est faite en six étapes : [42]

1. Contact initial.

L'organisme certificateur informe et adresse à l'établissement le dossier de candidature. La demande est établie par le pharmacien chef de service et accompagnée du questionnaire dûment rempli destiné à fournir des indications sur le type de demande et la situation du système de management de la qualité.

2. Proposition commerciale.

L'organisme certificateur enregistre la demande et l'étudie afin d'identifier le service et les référentiels correspondants, de déterminer si la documentation fournie sur le système de management de la qualité peut répondre aux exigences de la certification.

Si l'organisme confirme la faisabilité de la demande, un calendrier est établi et une proposition commerciale est rédigée.

3. Demande de certification.

Un contrat particulier est établi avec participation financière de l'établissement hospitalier.

4. Evaluation de l'engagement de la direction et du système documentaire.

L'engagement de la direction est évalué afin de déterminer le niveau de sincérité et le soutien de la démarche qualité.

La documentation qualité est examinée pour vérifier que le système qualité couvre l'ensemble des normes applicables. Les conditions de réalisation d'un audit sont définies en accord avec le demandeur.

5. Audit.

C'est un examen méthodique du système qualité qui est destiné à s'assurer que les dispositions décrites dans la norme et les documents qualité sont effectivement appliquées.

L'audit est effectué sur la base de la norme Iso 9001 version 2000.

Suite à l'audit de certification du service pharmacie qui s'est déroulé le 19/10/2006 un rapport d'audit a été rédigé par l'organisme certificateur, puis adressé au responsable qualité.

6. Evaluation et décision de certification.

En l'absence de toute non-conformité aussi bien majeure que mineure l'organisme certificateur a décidé :

- La certification du service pharmacie de l'hôpital Cheikh Zaid et la délivrance du droit d'usage de la marque

Le certificat du droit d'usage de la marque mentionne l'établissement concerné, le référentiel de certification, et le domaine d'activité visé par la certification, sa durée de validité est actuellement de 3 ans.

CONCLUSION

En octobre 2006, la pharmacie centrale de l'hôpital Universitaire et International Cheikh Zaid a obtenu une certification: la certification ISO 9001 qui est une adaptation des normes ISO au métier de la pharmacie hospitalière

La certification selon ISO apporte la confirmation que le système qualité mis en place est adéquat; et confirme sa bonne adaptation à notre domaine spécifique. La pharmacie centrale de l'hôpital Cheikh Zaid est la première pharmacie hospitalière du Maroc à obtenir cette certification.

Cette démarche qualité, débouchant sur une certification, est l'aboutissement d'une volonté politique très forte au sein de cet établissement.

C'est le résultat d'une démarche de longue haleine

En effet, dès l'année 2005, le pharmacien chef de service a engagé une véritable démarche, avec la ferme conviction que la qualité est un principe fondamental de toute activité et que le management de la qualité fait partie intégrante de chaque projet, afin de satisfaire au mieux les besoins des unités de soins et de garantir la sécurité de dispensation des médicaments aux patients. Il a choisi de construire ce système qualité petit à petit au fil des mois et d'impliquer fortement le personnel de la pharmacie dans le processus afin de les faire participer activement.

Ainsi, l'hôpital a dû mettre en œuvre la politique qualité décrite dans le manuel qualité élaboré par le service pharmacie afin d'améliorer continuellement son niveau de performance.

Avoir obtenu la certification n'est pas une fin, mais un début qui implique la poursuite de l'effort de maîtrise et d'amélioration des activités.

Le secteur de la pharmacie hospitalière est en perpétuelle évolution avec une demande croissante de performance, de rapidité et de sécurité dans la gestion et la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux. C'est pourquoi il incombe au pharmacien hospitalier de chercher à optimiser l'organisation du service pour une entière satisfaction du patient et des utilisateurs qui doit constituer pour lui un objectif essentiel et la condition du succès. Il convient de comprendre ses besoins présents et futurs et s'efforcer d'aller au devant de ses attentes.

La notion de qualité est inhérente à la pharmacie: il y a toujours eu des normes de qualité, notamment liées à la fabrication de médicaments.

Avec le management ISO9001, nous disposons d'une méthode de travail reconnue pour viser l'efficacité.

La qualité est non seulement inhérente à l'éthique professionnelle mais elle est aussi une obligation légale en termes de santé publique. A une époque où l'évolution des dépenses de santé laisse planer des incertitudes sur le maintien du système actuel, la qualité deviendra, sans aucun doute, un critère majeur pour les choix stratégiques à opérer dans l'avenir.

Comme pour tous les services, les usagers et les professionnels de la santé font eux-mêmes partie du système de qualité. Il est donc nécessaire d'évaluer la qualité non seulement en termes de résultats mais aussi en termes de processus et de structure, deux éléments complémentaires dans le rapport acteurs de santé - patients. L'objectif qualité est de mettre l'utilisateur au centre des préoccupations du système, de façon à ce qu'il puisse satisfaire ses besoins et ses attentes dans les limites des ressources du système de soins et des compétences des professionnels.

Pour répondre à cet objectif, trois dimensions sont à prendre en compte : les compétences des professionnels, les relations au sein du système de soins et la sécurité des patients.

Dans une société de plus en plus centrée autour de la notion de service, l'administration publique doit donc se tourner vers une amélioration qualité de son service public pour une meilleure prise en compte de l'utilisateur.

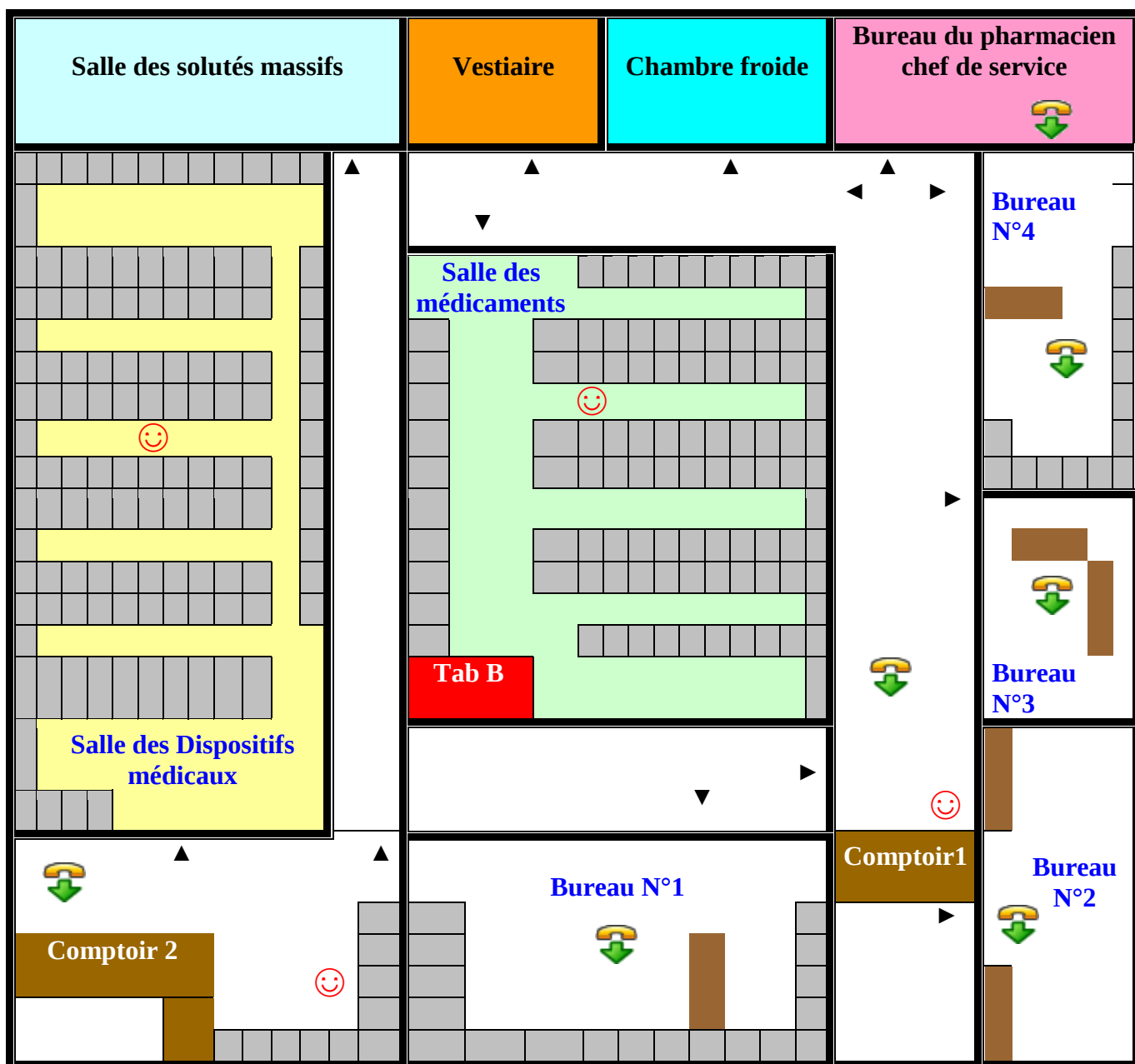
C'est une étape décisive menant à l'amélioration continue et aux nouveaux challenges induits par la globalisation et qui participe au développement durable.

« Face au monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement »

Francis Blanche

ANNEXES

Annexe I : Schéma de la pharmacie centrale



comptoir N°1 :	Accueil
comptoir N°2 :	Espace de distribution des magasiniers
Bureau N°1 :	Bureau du major
Bureau N°2 :	Bureau chargé de la pré facturation (unité informatique)
Bureau N°3 :	Unité de pré achats et des entrées achats
Bureau N°4 :	Unité de gestion des dépôts
▲ :	Portes ou passages

 : Camera
--

Annexe II : Fiche d'identité d'un processus

Carte d'identité

Titre du processus	Code

Pilote :		
Clients du processus :	Interne	Externe

Finalité du processus :	☐	☐
Acteurs :		

Eléments d'entrée :	Activité :	Eléments de sortie :

Contrôle, Le :	Vérification, le :	Approbation, le :
		Application, le :

Ressources :

Exigences générales :	
Mode de contrôle :	

--	--

Annexe III : Tableau de bord

Type processus	C	V	Titre	Pilote	Suppléant	Acteur	Document associe	Objectif	Indicateur d'efficacité	Indicateur d'activité	Valeurs cibles	Mode surveillance	Fréquence de suivi

C : code
V : version

Annexe IV : fiche d'identification de besoin en formation

Intitulé du poste :

Fiche n° :

Postulant :

Effectué le :

Annexe V : Fiche d'évaluation de formation

Nom & Prénom		
Catégorie		
Niveau hiérarchique		
Fonction / Poste		
CONTRIBUTION ATTENDUE		
Activité à améliorer		
OBJECTIFS DE COMPETENCES		
Résultats attendus de la formation		
Objectif de formation		
Objectifs pédagogiques (contenu du programme de formation)		
DELAI ET LOCALISATION		
Cette formation est	☐ Très urgente ☐ Urgente ☐ Pas urgente	
Il est souhaitable quelle se fasse	☐ En interne ☐ En externe	
Période souhaitée		
En	☐ Début de semaine ☐ Milieu de semaine ☐ Fin de semaine ☐ N'importe	
Durée continue souhaitable		
MODALITE D'EXECUTION		
Cette formation peut se faire	☐ Sur terrain ☐ En salle de formation ☐ N'importe	
Sous forme de	☐ Séminaire ☐ stage ☐ Cycle ☐ n'importe	
En langue	☐ Arabe ☐ Française ☐ Dialectal ☐ Autre	
Contraintes particulières		
MODES D'EVALUATION		
Période d'évaluation souhaitée		
L'évaluation se fera selon		
Action de formation	☐ Interne	☐ Externe

Thème de formation			
Organisme de formation			
Date (Début/Fin)			
Nombre heures			
Document de formation délivré			
Objectif	☐ Sensibilisation à la Qualité		☐ Qualification
	☐ Habilitation	☐ Renforcement	☐ Maintien
Cadre réservé au bénéficiaire de la formation (à remplir et à remettre au responsable hiérarchique)			
Appréciation		*Insatisfaisant	*Moyen
Moyens mis à disposition du formateur étaient adaptés			
Informations concises et précise sur transparent			
Interaction entre le formateur et le groupe était satisfaisante			
Les documents remis sont clairs, précis et adaptés			
Les conditions d'organisation étaient satisfaisantes			
La durée de formation était adaptée			
Les objectifs de la formation ont été respectés			
*Cocher par une croix			
Contrôle des acquis (Juste après la formation par le responsable hiérarchique)			
Moyen adopté	☐ Test écrit	☐ Entretien	☐ Note communiquée par le formateur
Résultat	☐ Satisfaisant	☐ Moyen	☐ Insatisfaisant
Commentaires			
Contrôle de l'impact (Trois mois après la formation par le responsable hiérarchique)			
Appréciation		Insatisfaisant	Moyen
Un progrès est ressenti			
Les connaissances transmises lors de la formation sont exploitées			
Un module complémentaire sur le sujet est à prévoir			
Programmer des formations avec des objectifs plus élevés			

Contenu de la formation doit être réajusté			
Commentaires ☐ Un module complémentaire sur le sujet est à prévoir, ☐ Programmer des formations avec des objectifs plus élevés, ☐ Contenu de la formation doit être réajusté.	☐ Autres à préciser :		

Annexe VI : Fiche d'enregistrement d'une réclamation client

I- DECLARATION

(à remplir par le client ou la personne ayant reçu la réclamation)

Rapporteur :.....

Date :.....

Description de la réclamation

Visa du rapporteur :.....

II- TRAITEMENT

Il s'agit d'une réclamation fondée

Si oui, N°FAC :.....	Si non, référence information client :
----------------------	---

Contrôle, Le :	Vérification, le :	Approbation, le :
		Application, le :

Annexe VII : Planning annuel d'audits

N° d'audit	Périmètre d'audit		Audité	Date planifiée	Date de réalisation d'audit
------------	-------------------	--	--------	----------------	-----------------------------

		Auditeur			

Fait le : / /

Visa du Responsable de la pharmacie centrale:

Visa du Responsable Qualité:

Annexe VIII : Fiche d'écart

Type d'écart :
d'écart..... ☐

N°

- NC : Mineure
 ☐ Majeure
- RQ

Ecart concernant : - la documentation ☐		-l'application ☐
Description : Auditeur : Visa :		
Avis et remarques de l'audité		
Visa :		
Visa du Pharmacien chef de service		
Ouverture d'une fiche d'actions correctives et préventives : ☐ Oui ☐ Non N° de la fiche ouverte :.....		

Annexe IX : Fiche d'Amélioration Continue (FAC)

N° de la fiche :.....

Déclaration concernant :

☐ Réclamation interne
☐ Audit interne

☐ Réclamation client
☐ Enquête

☐ Divers

DESCRIPTION DE L'ANOMALIE	
Anomalie observée :	
Déclarant :	Date :
EVALUATION	
Validation oui ☐ non ☐	
Chef de service/unité concerné :	Date :
RECHERCHE DES CAUSES	
Analyse :	
RQ : PC :	Date :
ACTION A ENTREPRENDRE	
Description :	
Pilote	
Date prévue	
Date de réalisation	
EVALUATION DE L'EFFICACITE	
Résultats :	
Efficacité oui ☐ non ☐	
Décision : clôturée ☐	☐ ouvrir une autre fiche

N° de la nouvelle fiche :	Date :
---------------------------	--------

Remarque :

PC : Pilote Concerné
RQ : Responsable Qualité.

Annexe X : Suivi des états des fiches d’amélioration continue

N°	Action	Type d'action	Date prévue	Date et	Date de	Date	Date de	Date de	N° de la
----	--------	---------------	-------------	---------	---------	------	---------	---------	----------

de la fiche	à entrepr endre	(AC, AP Correction...)	et pilote	motif du report	réalisation	d'évaluation de l'efficacité	vérification	clôture	nouvelle fiche

Contrôle, Le:	Vérification, le:	Approbation, le:
		Application, le:

Annexe XI : PROCES-VERBAL DE LA REVUE DE DIRECTION

1. Objet

2. Date et lieu

3. Participants

4. Ordre du jour

L'ordre du jour comporte les éléments d'entrée prévus dans la procédure de la revue de direction

- **Rapports d'activités ;**
- **Résultats des audits internes réalisés depuis la dernière RD au moins ;**
- **Etats des AC/AP ;**
- **Réclamations ;**
- **Pertinences de la politique qualité ;**
- **Actions issues des RD précédentes ;**
- **Changement pouvant affecter le SMQ ;**
- **Mesure de la performance des différentes activités et des processus;**
- **Etat des lieux avec les fournisseurs ;**
- **Tous les autres facteurs pertinents tels que les activités de maîtrise de la qualité, les ressources et la formation du personnel ;**
- **Les recommandations d'améliorations.**

5. Discussion des points de l'ordre du jour

5.1. Rapport d'activités

5.2. résultats d'audits internes

5.3. Etats des AC/AP

5.4. Réclamations

5.5. Pertinences de la politique qualité

5.6. Actions issues des RD précédente

5.7. Changements pouvant affecter le SMQ

5.8. Mesure de la performance des différentes activités des processus

5.9. Etat des lieux avec fournisseurs

5.10. Tous les autres facteurs pertinents tels que les activités de maîtrise de la qualité,

5.11. Les ressources et la formation du personnel

5.12. Les recommandations d'améliorations

6. Données de sortie

6.1. Amélioration de l'efficacité du SMQ et des processus

6.2. Amélioration du service

6.3. Besoins en ressources

Annexe XII : Enregistrement de la préparation de la revue de direction

1. Discussion des points de l'ordre du jour

1.1. Rapport d'activités

1.2. Résultats d'audits internes

1.3. Etats des AC/AP

1.4. Réclamations

1.5. Pertinences de la politique qualité

1.6. Actions issues des RD précédente

1.7. Changements pouvant affecter le SMQ

1.8. Mesure de la performance des différentes activités des processus

1.9. Etat des lieux avec fournisseurs

1.10. Tous les autres facteurs pertinents tels que les activités de maîtrise de la qualité

1.11. Les ressources et la formation du personnel

1.12. Les recommandations d'améliorations

2. Recommandation d'amélioration

Contrôle, Le :	Vérification, le :	Approbation, le :
		Application, le :

BIBLIOGRAPHIE

[1] A. FERNANDEZ

« L'essentiel des tableaux de bord », Editions d'Hôpital, 2005

[2] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.

« Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé ». Principes généraux. Paris: ANAES; 2002.

[3] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.

« Compte-rendu d'accréditation du centre médical Sainte-Anne » Code FINES 680001310 ; Ugecam Alsace ; Jungholtz 68502 GUEBWILLER ; Avril 2003 p14

[4] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.

« Principes essentiels de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé ». Avril 2002 ; p 14-20

[5] ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION.

FD S 99- 132 (Adapté du cycle de la qualité) Avril 2000.

[6] ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION.

Méthodologie d'identification des critères de qualité et de construction, mise en place et suivi d'indicateurs pour les établissements de santé. FD S 99-132. Paris: AFNOR; 2000.

[7] BEDOUCH P., BRUDIEU E.

*« Sécurisation du circuit du médicament : illustration du modèle grenoblois »
Département Pharmacie CHU de Grenoble - AG FNSIP - 1^{er} Avril 2006.*

[8] BERNARD GY.

« *Le management par la qualité totale* »: Paris La Défense,
Editions AFNOR, 2000. 327p.

[9] BULLETIN OFFICIEL N° 5388.

« *Statut de l'hospitalo-universitaire de l'hôpital Cheikh Zaid* » du 19 Janvier 2006

[10] CHRISTIAN DOUCET.

« *L'audit Qualité : pour une vraie efficacité* » Qualité références – Cabinet Doucet Conseil ;
31 Décembre 2006.

[11] CHRISTIAN GUILLAUDIN.

« *Evaluation de l'activité pharmaceutique hospitalière* » ; CH st Esprit – Paris, Agen ; P 10.

[12] DANIEL BOERI.

« *Maîtriser la qualité – tout sur la certification et la qualité totale : les nouvelles normes ISO 9001-V 2000* ». 2^{ème} édition augmentée d'un exemple concret de documentation qualité -
315 pages - p : 67, 92, 118, 120, 129, 143

[13] DAVID AUTISSIER.

« *L'impact des démarches qualité sur les pratiques d'audit interne : vers une nouvelle typologie de l'audit interne* » ; Institut de recherches en gestion – la pyramide – Créteil ;
Paris XII. 20 Février 1999. 24 pages

[14] DAVID HOYLE.

ISO 9000 « *Quality systems handbook* »
5^{ème} édition. Éd. Elsevier – 669 pages - p : 93, 530, 547.

[15] DIRECTION DU DEVELOPPEMENT DES ENTREPRISES.

« *La gestion des stocks pour un fabricant aux grandes chaînes* » Développement économique, Innovation et Exportation. Québec – Juillet 2003 – p 6, 28.

[16] DIRECTION DE L'ACCREDITATION.

« *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* ». ANAES ; Paris. Avril 2002.

[17] DONALD E. LIGHTER, DOUGLAS C. FAIR

« *Quality Management in Health Care : Principles and Methods*» Second Edition; 575 pages – p: 321.

[18] DUCALET P. ; LAFOCARDE M.

« *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* » ; Edition Seli Arslam, 2000, Paris, p : 104

[19] DUCALET P., LAFORCADE P.

« *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* » - Seli Arslam -2000- 272 pages – p.9

[20] ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE.

« *Méthodes de conduite de programmes d'amélioration de la qualité en établissement de santé* » - Session de formation continue- Février 2004.

[21] FRANCIS BLANCHE.

24èmes journées Nationales de stérilisation – 20 Mars 2002

[22] FROMAN B., GOURDON C.

Dictionnaire de la qualité, plus de 800 définitions, équivalents anglais, informations normatives commentées. Paris : AFNOR, 2003. 224p.

[23] GRAND DICTIONNAIRE ENCYCLOPEDIQUE LAROUSSE – p : 2354

[24] GUAQUERE D.

« Guide du directeur établissement -service social ou médico - social », ESF éditeur, Décembre 2002, VI – INTRO -3.

[25] GUIDE EN ORGANISATION HOSPITALIERE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT.

*« Optimiser les activités de la pharmacie » ; Ministère des affaires étrangères
Edition la documentation française, Paris, Mars 2003 version 8 - p : 22.*

[26] GUIDE METHODOLOGIQUE.

« Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico – social ou social et recours à un prestataire », DGAS, Mars 2004.

[27] GUIDE METHODOLOGIQUE POUR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX OU MEDICO –SOCIAUX.

*« Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire » ; Ministère de la santé et de la protection sociale – Direction générale de l'action sociale – République Française ;
Edition SICOM n° 04. 069 ; 39 pages*

[28] JEAN PIERRE HUBERAC.

Guide des méthodes de la qualité ; « choisir et mettre en œuvre une démarche qualité qui vous convienne dans l'industrie ou les services » Editions Maxima - 291 pages- p : 22, 91, 115.

[29] JOHN KOTTER.

« Le leadership. Clé de l'avantage concurrentiel ». Paris: Inter -Editions, 1990.

[30] KOLB F.

« La qualité totale : entre le mythe et la réalité ». In: Besson P, éd. Dedans, dehors : les nouvelles frontières de l'organisation. Paris: Vuibert ; 1997. p. 151-70.

[31] LAFORCADE M., DUCALET P.

Intervention "La démarche qualité", Association de Recherche de Castillon, vendredi 20 septembre 2002.

[32] LECLET H. ; VILCOT C.

« Qualité en santé : 150 questions pour agir » Paris, AFNOR, 1999, p 464

[33] LECLET H. ; VILCOT C.

« Construire le système qualité d'un établissement de santé ». Fascicule de documentation FD S 99 - 130 inclus. AFNOR - Collection R - Paris, 2000 ; p 36.

[34] LUDOVIC DEWAELE.

« L'apport d'une démarche qualité et de la gestion des risques sanitaires dans la dynamique du changement en hôpital local : L'exemple de l'hôpital local de Beaugency (45) » Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2004 – 70 pages.

**[35] MANUEL QUALIE DE LA PHARMACIE CENTRALE DE L'HOPITAL
UNIVERSITAIRE ET INTERNATIONAL CHEIKH ZAID.**

*« Système de management de la qualité : ISO 9001 Version 2000 » ;
09 Septembre 2006 ; 205 pages.*

[36] MARYSE DELIBIE.

« La démarche qualité: Réponse à la spécificité d'un foyer de l'enfance » Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; Rennes – 2005 – 75 pages.

[37] MEDIKEY S.A.R.L

« Rapport d'audit » ; Interlink Bench Main Group ; Cabinet_conseil Réf. D 01 HCZ 130906 ; le 13 Septembre 2006 ; p : 08

[38] MINISTERE DE LA SANTE. (ROYAUME DU MAROC)

« Guide méthodologique pour la gestion de la pharmacie hospitalière » ; Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires - Mai 2002 - 107 pages.

[39] MINISTERE DE LA SANTE. (ROYAUME DU MAROC)

«Restructuration de la gestion financière et comptable dans les hôpitaux publics Marocains » ; Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires ; Edition 2005 – Décembre 2004 – 108 pages.

[40] MINISTERE DE LA SANTE. (ROYAUME DU MAROC)

« Programme National d'Assurance Qualité » (PNAQ) ; Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires ; Unité de gestion de la qualité – Septembre 2000 – p 29, 34.

[41] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE.

« Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière » Ministère délégué à la santé ; Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; 1ère édition – Juin 2001 – 77 pages.

[42] MOODY CERTIFICATION.

« Règles de certification » Doc 02 - 3s Révision 4 – Novembre 2005.

[43] NORME ISO 9000 : 2000.

Systèmes de management de la qualité – « Principes essentiels et vocabulaire ».

[44] NORME ISO 9001 : 2000.

Systèmes de management de la qualité – « Exigences ».

[45] NORME ISO 9004 : 2000.

Systèmes de management de la qualité – « Lignes directrices pour l'amélioration des performances ».

[46] NORME ISO 10011.

Systèmes de management de la qualité – « Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management de la qualité et/ou de management environnemental ».

[47] NOTE D'INFORMATION.

DGAS/5B n° 2004/96 du 03 Mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

[48] PHILLIPE ROURESSOL.

« La démarche qualité à l'hôpital local, ou comment passer de l'accréditation à une démarche qualité pérenne ? » Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; Rennes – 2004 – 85 pages.

[49] Ray Tricker

“ISO 9001-2000 for small businesses” Butterworth – Heinemann – 2005; Edition Elsevier - 442pages - p50.

[50] Sylvie Mayeur

Guide opérationnel de la qualité – « faut – il tuer la qualité totale ? » ; Editions Maxima - 329 pages - p : 203

[51] SOCIETE FRANCAISE DE PHARMACIE CLINIQUE.

« Indicateurs en pharmacie hospitalière 2006 » ; Hôpital Beaujon ; CHRU Tours – APHP – 1ère édition ; Mars 2006.