

# Revue Burkinabè de Santé Publique

ISSN: 2756 – 7621

## Défis de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité dans un hôpital public : cas de l'hôpital de district de Ziniaré au Burkina Faso

Challenges of the implementation of a quality management system in a public hospital: case of the district hospital of Ziniaré in Burkina Faso

Bonvouila SAWADO<sup>1\*</sup>, Félicité W. NANA<sup>2</sup>, Abdoulaye SO<sup>2</sup>, Mamadou BOUNTOGO<sup>3</sup>, Maxime. K. DRABO<sup>1</sup>

1 : Agence nationale de Gestion des soins de Santé primaires, Ministère de la santé, 03 BP 7009 Ouagadougou, Burkina Faso

2 : Institut de Recherche en Science de la Santé, CNRST, 03 BP 7047 Ouagadougou, Burkina Faso

3 : Centre de recherche en santé de Nouna, BP 02 Nouna Burkina Faso

\* **Correspondance** : E-mail : [naf.dqss@gmail.com](mailto:naf.dqss@gmail.com) ; Téléphone : +226 72135347/56611900

### Résumé

**Introduction** : De plus en plus, les services de santé essuient de nombreuses critiques quant à la qualité des soins et services offerts aux populations. Cela pousse certains hôpitaux à mettre en place un système de management de la qualité. L'objectif de cette étude était de faire un état des de la mise en place du SMQ à l'hôpital de district de Ziniaré.

**Matériels et Méthodes** : Cette étude qualitative a été réalisée à l'hôpital de district de Ziniaré du 14 au 28 août 2017. Notre étude s'est inspirée du cadre conceptuel de la norme ISO 9001 : 2015. Sept dimensions ont été explorées par des entretiens individuels, l'exploration documentaire et l'observation.

**Résultats** : les atouts du système de management de la qualité concernent l'engagement des différents acteurs pour la qualité des soins et celle de personnes ressources pour accompagner la mise en œuvre du système de management de la qualité, une communication interne et externe assez bien organisé. Aussi, certains rôles et responsabilités qui sont attribués.

Les défis sont l'absence de plans stratégique et opérationnel, le déficit d'engagement formel du premier responsable à travers une vision, une politique et des objectif-qualité claires. A cela l'insuffisance de ressources, la faible disponibilité et application des procédures et protocoles de prise en charge des patients. De même on note une insuffisance de la documentation des efforts d'amélioration continue de la qualité.

**Conclusion** : La mise en œuvre du SMQ à l'hôpital est perçu comme une démarche salvatrice pour la qualité des soins. Cependant, des efforts restent à fournir par la gouvernance pour relever les défis.

**Mots clé** : Faisabilité, Système de management qualité. Norme ISO. Hôpital de district

### Abstract

**Introduction**: Increasingly, healthcare services are facing numerous criticisms regarding the quality of care and services offered to the population. This is prompting some hospitals to implement a quality management system (QMS). The objective of this study was to assess the implementation of a QMS at the Ziniaré District Hospital.

**Materials and Methods**: This qualitative study was conducted at the Ziniaré District Hospital from August 14 to 28, 2017. Our study was based on the conceptual framework of the ISO 9001:2015 standard. Seven dimensions were explored through individual interviews, document review, and observation.

**Results**: The strengths of the quality management system include the commitment of various stakeholders to quality care and the availability of resource persons to support the implementation of the QMS, as well as well-organized internal and external communication. Furthermore, certain roles and responsibilities are assigned. The challenges include the absence of strategic and operational plans, and a lack of formal commitment from the highest authority through a clear vision, policy, and quality objectives. This is compounded by insufficient resources and the limited availability and

application of patient care procedures and protocols. There is also a lack of documentation of continuous quality improvement efforts.

**Conclusion:** Implementing a Quality Management System (QMS) in the hospital is seen as a crucial step towards improving the quality of care. However, further efforts are needed from governance to address the challenges.

**Keywords:** Feasibility. Quality Management System. ISO Standard. District Hospital

## Introduction

Longtemps muets et silencieux, les usagers des établissements de santé exigent désormais plus de qualité et de sécurité dans l'offre des soins et services [1]. En effet, des plaintes récurrentes y sont enregistrées quotidiennement provoquant souvent des conflits voir des agressions de personnels de santé. L'amélioration de l'accès à l'information médicale à travers les technologies de l'information et la communication réduit progressivement l'asymétrie d'information médicale en faveur des usagers. Cela rend les usagers des services de santé de plus en plus actifs et exigeants dans le processus d'offre de soins. L'évolution récente de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale et la pression de certains médias obligent les établissements de santé à une plus grande transparence sur les moyens mis en œuvre pour prévenir les risques et assurer la qualité des soins offerts aux usagers [2]. Cette situation fait de la qualité des soins et la sécurité des patients un véritable problème dans l'ensemble des systèmes de santé du monde [1]. Pour relever ce défi, plusieurs initiatives sont développées dans les structures de santé dont les plus courantes sont les démarches qualité. Initialement développés dans le monde industriel, les systèmes de management de la qualité ont été introduits dans le secteur de la santé durant la dernière décennie du XXème siècle dans les pays industrialisés [2]. Très puissant dans les systèmes de santé occidentaux, le mouvement de "Management pour la Qualité", a aussi gagné l'Afrique au début des années 1990 [3]. Un nombre croissant de pays africains s'est engagé dans la mise en œuvre de projets pilotes de démarches qualité [4]. Ces projets s'inscrivent dans la continuité des initiatives de "Renforcement des Systèmes de Santé" et de "Recherche sur les Systèmes de Santé" qui ont dominé la décennie 1985-1995 sous l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [4]. Au Burkina Faso, une stratégie nationale de la qualité des soins encourage les formations sanitaires à s'engager dans la démarche qualité à travers les référentiels nationaux ou internationaux [5]. Au niveau international, le référentiel de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) qui promeut les meilleures pratiques de management de la qualité est la Norme ISO 9001 : 2015 [6]. Notre étude s'est proposée de réaliser l'état des lieux du système de management de la qualité (SMQ) de l'hôpital de district de Ziniaré (HDZ). Les résultats obtenus permettront aux responsables de l'hôpital de planifier les actions d'amélioration de la qualité et de percevoir la faisabilité d'une démarche de certification nationale ou internationale.

## 1 Matériels et méthodes

### 1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative transversale du SMQ de l'hôpital de district de Ziniaré déroulée du 14 au 28 août 2017. Site de l'étude. Le site de l'étude était l'hôpital de district de Ziniaré. Avec une capacité d'accueil de 84 lits, il représentait une structure de première référence pour soixante-dix-huit (78) centres de santé et de promotion sociale. L'hôpital disposait d'un effectif de cent deux (102) personnes toutes catégories confondues.

### 1.2 Population d'étude

La population d'étude était composée de personnes ressources, du personnel et des patients de l'hôpital.

Les personnes ressources et le personnel ont été retenus dans l'étude car disposant des informations sur la mise en œuvre du SMQ à l'hôpital de district. Les patients sont les bénéficiaires de soins et services offerts et sont sensibles au changement intervenu à la suite de la mise en œuvre du SMQ.

Critères d'inclusion et de non inclusion : il s'agit du i) personnel affecté dans l'HDZ il y a au moins un an ; ii) les personnes ressources disposant d'informations et de connaissance sur l'organisation et le fonctionnement d'un hôpital de district ; iii) les patients consentant pour participer à l'étude. Ont été exclus i) le personnel stagiaire ; ii) le personnel ou patient ne consentant pas à l'étude ; iii) le personnel absent du site pendant la période de collecte.

### 1.3 Echantillonnage et échantillon

L'échantillonnage raisonné pour les personnes ressources sur la base de leur implication dans l'organisation et le fonctionnement de l'HDZ. Il a été accidentel pour le personnel de santé et les patients de l'hôpital de district. Tout le personnel et patients disponibles pendant la période de l'étude ont été enrôlés selon les critères d'inclusion.

L'enquête a touché 59 personnes dont 31 personnes ressources, 15 du personnel de l'HDZ et 13 patients.

#### 1.4 Dimensions

Le cadre conceptuel s'est inspiré de celle de la norme ISO 9001 : 2015. Sept dimensions ont été identifiées. Chaque dimension a été évaluée par des variables. Les variables ont été évaluées à travers les exigences contenues dans la norme (tableau I).

**Tableau I :** variables de l'étude par dimension

Dimension	Variables
Leadership	Engagement Orientation client Rôles et responsabilités
Planification	Planification stratégique Planification opérationnelle
Ressources	Ressources humaines Ressources financières, Ressources matérielles, Ressources informationnelles Ressources organisationnelles.
Réalisation des prestations	Application des directives nationales ou internationales Application des protocoles Application des procédures,
Suivi-évaluation	Paramètres à surveiller et mesurer Méthodes de surveillance, de mesure et d'analyse Périodicité de surveillance, de mesure
Amélioration	Existence d'un micro-plans de résolution de problème Formation et staffs cliniques, la Documentation des opportunités d'amélioration

#### 1.5 Techniques et outils de collecte des données

L'enquête a été réalisée sous forme d'audit par triangulation des informations à travers l'entretien individuel, l'analyse documentaire et l'observation directe. Les données ont été consignées dans un guide d'entretien individuel, une fiche d'exploitation documentaire et une grille d'observation.

Validation des instruments

Un pré-test a été organisé à l'hôpital de district de Kossodo à Ouagadougou, structure présentant quasiment les mêmes caractéristiques que celle étudiée.

#### 1.6 Traitement et analyse des données

Nous avons procédé à une analyse thématique. D'abord les données des entretiens ont été relues. Ensuite, les verbatim de ces entretiens ont été transcrits pour une première codification. Enfin, nous avons fait une analyse comparative pour identifier des points communs dans les thèmes, créer des catégories de perception en vue de discerner les contrastes et les similitudes. Pour les données de la grille d'observation et de la fiche d'exploitation documentaire une appréciation a été faite par rapport aux normes retenues. Nous avons utilisé les logiciels Word et Excel pour l'analyse des données. Les éléments contenus dans le référentiel et qui ont été vérifiés dans l'enquête sont constitués comme atouts et ceux qui n'ont pas été vérifiés ont été considérés comme des défis.

Cette analyse nous a permis d'identifier les facteurs susceptibles de constituer des atouts et des défis de la mise en place du SMQ de l'hôpital.

#### 1.7 Considérations éthiques

L'autorisation du premier responsable pour la collecte a été obtenue. Le consentement des participants a été recueilli. L'anonymat et la confidentialité ont été appliqués

## 2 Résultats

### 2.1. Caractéristiques socioprofessionnelles des enquêtés

L'étude a concerné 31 personnes ressources, 15 personnels de santé et 13 patients.

Les personnes ressources ont fourni des informations avisées en lien avec l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital mais ont aussi révélé leurs perceptions sur comment réussir la mise en œuvre du SMQ. Le personnel a fourni des

données sur leur vécu de la mise en œuvre du SMQ en tant qu'acteurs principaux de cette mise en œuvre et révélé surtout les difficultés de cette mise en œuvre. Les usagers de l'hôpital ont fourni des éléments d'appréciation de la mise en œuvre du SMQ.

**2.2. Dimension « Leadership ».** Il a été étudié à travers l'engagement, l'orientation client, les rôles et les responsabilités et autorités

**Pour ce qui concerne l'« engagement »**

L'étude a mis en exergue l'absence de politique, de vision, d'objectifs qualités et d'engagement formel pour la démarche qualité au sein de l'hôpital.

*« Non, l'hôpital ne dispose pas d'une vision formalisée. Cette vision reste théorique. De même, il n'existe pas une politique qualité dans l'hôpital du district ni d'objectifs-qualité formalisé »* [Personne-ressource n°1 ; 13-16]

L'étude n'a pas constaté des sensibilisations aussi bien formelles qu'informelles au profit des acteurs sur la qualité pour obtenir leur engagement et leur implication en faveur de la qualité.

*« Je me demande si les gens se préoccupent de la question de qualité, parce que chaque fois qu'on se réunit, ce sont des histoires de recouvrement, de difficultés d'argent mais ce qu'il faut faire pour les soins soient de qualité, on en parle très peu ou pratiquement pas »* [personne ressource n°8 ; 861-863]

Le comité qualité qui devrait sensibiliser constamment le personnel et constituer une sentinelle pour l'amélioration continue de la qualité est aussi inexistant. L'hôpital ne dispose pas non plus d'une démarche formelle d'amélioration continue de la qualité. Bien qu'il ait bénéficié de formation sur l'assurance qualité et la stratégie 5S-Kaizen-TQM, aucun service ne les mettait en œuvre pendant l'étude. Seules la pédiatrie et les urgences médicales et chirurgicales avaient expérimenté les 5S mais les ont vite abandonnés.

**Pour l'« Orientation client »**

Une boîte à suggestions a été retrouvée aux urgences médicales et chirurgicales (UMC). Cette boîte non seulement n'est pas utilisée par les usagers, mais elle semblerait être oubliée et abandonnée par le personnel et les responsables du service et son contenu n'a jamais été exploité pour une prise de décision.

*« A l'hôpital de district, il n'y a pas de boîtes à suggestions fonctionnelles. Une seule boîte à suggestion existe aux UMC. Une autre boîte placée au siège de district hors de l'hôpital. Aucune de ces boîtes n'est fonctionnelle. »* [Personne-ressource n°4 ; 390-392]

L'importance de ces boîtes à suggestions était pourtant reconnue par la totalité des personnes enquêtées. Toutes affirmaient qu'il n'y a jamais eu d'enquêtes d'opinion et de satisfaction pour recueillir les préoccupations et les plaintes des usagers de l'hôpital. En revanche, ils reconnaissaient l'importance de ces mécanismes dans l'amélioration continue des services et dans la satisfaction des usagers des services. Ils l'exprimaient clairement dans leurs propos.

*« La mise à disposition des boîtes à idées dans les services de l'hôpital est une bonne chose en ce sens qu'elle permet à l'hôpital de savoir comment mieux satisfaire ses clients. »* [Personne-ressource n°2 ; 212-215]

Les différents acteurs interviewés reconnaissaient que l'absence de mécanismes de recueil des préoccupations des usagers était une limite majeure pour la satisfaction des besoins et attentes des clients de l'hôpital.

**Pour les « Rôles, responsabilités et autorités »**

Les informations recueillies à partir des entretiens individuels et l'exploitation documentaire nous indiquaient clairement que ces aspects n'étaient pas définis dans un document officiel et rendu disponible au sein de l'hôpital.

*« Non, les rôles, responsabilités et autorités de chaque acteur ne sont pas précisés dans un document officiel, en tout cas, nous sommes là il y a quelques années mais je n'ai jamais vu un document pareil »* [Personne ressource n°13 ; 72-74]

**2.2. La dimension planification**

**Pour la « planification stratégique »**

L'étude a relevé l'absence de plan stratégique. Cette situation a été reconnue par non seulement les personnes ressources mais aussi le personnel de l'hôpital.

*« Depuis que je suis dans cet hôpital, je n'ai jamais entendu parler de ce document. Mais, si c'est important pourquoi les premiers responsables ne l'élaborent »* [Personne ressource n°1 ; 302-303]

**Pour la planification opérationnelle**

L'enquête n'a pas retrouvé un plan d'action. Pour le coordonnateur des unités de soins, le document était en cours d'élaboration et pourra être prêt les jours à venir. Mais nous n'avons pas pu constater l'existence d'un draft quelconque du document.

*« Non, le plan opérationnel est en cours d'élaboration. L'hôpital de district ne dispose même pas d'un plan opérationnel »* [Personne ressource n°1 ; 17-18]

### 2.3. Pour la dimension « Ressources »

#### En ce qui concerne les « Ressources humaines »

Il ressort de l'étude, une insuffisance en ressources humaines dans la quasi-totalité des services de l'hôpital. Selon les enquêtés, la proximité de la capitale Ouagadougou avec Ziniaré favorisait une hyper mobilité du personnel tant administratif que clinique. De même l'ouverture récente de l'hôpital de district de Bogodogo à Ouagadougou aurait provoqué un départ massif d'agents de santé.

*« Il y a une insuffisance notoire en ressources humaines bien qu'il n'ait pas une référence normative en ressources humaines pour les HD. Nous avons enregistré 18 personnes parties pour l'hôpital de district de Bogodogo seulement cette année. »* [Personne-ressource n°5 ; 571-572]

Pour les compétences techniques des agents de santé, tous reconnaissaient qu'il y a une nécessité impérieuse de renforcer leurs capacités par des formations continues surtout que la science évolue très vite et que les pratiques le sont également.

Il n'y avait aucun mécanisme mis en place pour suivre la formation continue des agents. L'absence de supervisions tant internes qu'externes du personnel a été également relevée. Des besoins de supervision du personnel ont été exprimés dans tous les services et unités de l'HD. Les agents estimaient avoir des besoins non comblés en compétences. Et pour eux, il est nécessaire que les agents du service soient techniquement renforcés.

#### Pour les « Ressources financières »

Les enquêtés estiment que la disponibilité des ressources financières était faible. L'hôpital n'a pas de débouchés financiers en dehors des accompagnants habituels que sont l'Etat et ses partenaires. Des potentialités locales de mobilisation des ressources existeraient mais insuffisamment exploitées. Certains enquêtés citaient le système de partage des coûts des urgences obstétricales et chirurgicales mis en place en 2012 et fonctionnant sur la base des contributions des COGES, des municipalités et des bénéficiaires comme un mécanisme facilitant l'accès de la population aux soins de santé. Cependant, des difficultés existaient quant à la mobilisation effective de la contribution des communes. Dans la réalité, les fonds propres représentaient la plus grosse part des ressources financières allouées au fonctionnement de l'hôpital. Ceci limite la capacité de l'hôpital dans la mise en œuvre des activités et surtout l'exécution des gros investissements comme les constructions et l'acquisition des gros équipements.

*« Il n'y a pas suffisamment de ressources pour couvrir les besoins financiers de l'hôpital »* [Personne ressource n°8 ; 101-103]

#### Au niveau des « Ressources matérielles »

La quasi-totalité des enquêtés trouvait le matériel insuffisant. En effet, tous les services sont en manque de matériels médicotechniques et de protection. Ce qui ne permettait pas l'offre de soins de qualité aux usagers. Nous avons également constaté un manque de matériel de support à l'image des extincteurs qui n'existent pas au sein de l'hôpital quand bien même la structure a déjà été victime d'incendies deux fois de suite.

*« On note une incohérence totale dans l'attitude des responsables sanitaires car les ressources mises à la disposition des acteurs ne peuvent pas leur permettre d'offrir des soins de qualité aux usagers. Le matériel est soit absent, soit insuffisant, ou inadapté. On veut une chose et on ne fait rien pour l'obtenir »* [Personne-ressource n°1 ; 107-109]

#### Pour les « Ressources informationnelles »

Il ressort clairement de l'étude que la communication se faisait au moyen des notes de services, des affiches, des appels téléphoniques et des messages téléphoniques (SMS) auxquels s'ajoutaient quelques cadres de rencontre (réunions Equipe cadre et surveillants d'unité de soins ; réunions des surveillants d'unité des soins). Cependant, l'hôpital ne disposait pas de plan de communication tant interne qu'externe. Le circuit des informations, les stratégies de communication et les canaux de diffusion n'étaient pas définis. Selon le personnel, le principal problème de la communication était le retard dans la transmission des informations.

*« Au plan informationnel, le seul problème qu'on rencontre, c'est l'arrivée tardive des informations voire même à la dernière minute. Par exemple, hier nous avons reçu une équipe de supervision, personne ne les attendait puisqu'on n'a pas eu l'information. »* [Agent de santé n°10 ; 1073-1074]

Quand il s'est agi de la communication avec les patients ou leur famille afin de les impliquer dans les décisions médicales, la quasi-totalité des agents de santé n'était pas disposés à le faire et justifient cela par le fait qu'une décision médicale relève de la compétence des agents de santé.

*« Non, c'est très technique et les patients ou leur famille n'ont rien à y dire. En plus les décisions médicales sont confidentielles et la famille n'est informée que si le malade l'autorise. »* [Personne-ressource n°10 ; 1098-1099]

On note tout de même que le staff dirigeant de l'hôpital était conscient de l'intérêt et de l'importance de la communication au sein de l'organisme.

Enfin, une grande partie des patients interviewés déplorait l'insuffisance de communication qui était une barrière à leur accès aux soins. Cette insuffisance ne favorisait pas, à leur avis, l'établissement d'une confiance réciproque entre le personnel et les usagers de l'hôpital.



« Nous venons d'un village et quand nous sommes arrivés personne ne nous a dit où se trouvent les toilettes où payer les médicaments et même le laboratoire. On vous tend l'ordonnance, ou le bulletin et on ne vous dit plus rien. Comme nous ne savons pas lire, nous regardons et suivons ce que font les autres, parfois on se trompe et on nous crie dessus. Je pense que là, il y'a un effort à faire pour mieux accueillir les patients. Il faut qu'ils se mettent à la place des malades pour nous comprendre et nous traiter correctement. » [Patient n°8 ; 5248-5252]

#### **Pour ce qui est des « Ressources organisationnelles »**

Un organigramme structurel et fonctionnel a été retrouvé. Cependant, Il n'existait pas de description de poste ni d'énumération de tâches pour les différents acteurs des services. Des cadres de concertation existaient mais ne se tenaient pas régulièrement. En effet, les réunions des surveillants d'unités de soins peinaient à se tenir, les réunions de services étaient irrégulières ainsi que les staffs techniques dans les unités de soins. Pour les rencontres qui sont tenues, nous n'avons pas retrouvé tous les rapports ni tous les procès-verbaux.

### **2.4. Concernant la dimension réalisation des prestations**

L'insuffisance de protocoles et de procédures de prise en charge dans les unités de soins a été relevée mais aussi une faible utilisation de ceux y existant. Dans certaines unités, c'est même des notices de réactifs et des équipements qui étaient utilisées comme référence pour les actes posés. Il n'y avait pas de protocole ni de procédures documentées.

#### **Du suivi et évaluation des prestations**

Des efforts ont été consentis pour constater certaines faiblesses et y apporter des solutions et ceci à travers le monitoring des activités, la supervision et le suivi fait par les SUS. Mais l'évaluation des performances, les audits internes et la revue de direction n'étaient pas mis en œuvre, de même que l'évaluation de la conformité des produits et services offerts aux clients, ni les performances des prestataires externes.

#### **De l'amélioration**

Nous avons aussi noté quelques séances de formation et de staffs cliniques dans certaines unités de soins. Cependant, il n'a pas été retrouvé de micro-plans de résolution de problème. Nous avons aussi constaté que l'HDZ n'avait pas documenté les opportunités d'amélioration continue de ses prestations ni les actions nécessaires pour satisfaire aux exigences du client et accroître sa satisfaction.

## **3 Discussion**

### **3.1. Des atouts du SMQ à l'hôpital du district de Ziniaré**

L'étude a révélé que l'équipe dirigeante affiche son entière disponibilité et son engagement sans condition à accompagner l'hôpital dans la mise en place d'un système de management de la qualité voire un processus de certification. Quelques témoignages font état des échanges autour de la qualité des soins offerts aux usagers notamment lors de certaines réunions de service et rencontres SUS-SUS. La totalité des personnes enquêtées répondent et reconnaissent l'importance du recueil des besoins et attentes des clients qu'ils soient internes ou externes pour une meilleure prise en compte de leur avis dans la gouvernance de la structure.

Dans la gouvernance, un des éléments importants est l'attribution des rôles, responsabilités et pouvoirs. L'HDZ dispose d'un organigramme. Certains responsables disposent de notes de nomination. Cela leur a même permis de bénéficier d'indemnités de fonction y afférentes. Ces notes de nomination confèrent une légalité des décisions des responsables et permettent un fonctionnement harmonieux de la structure.

En matière de planification, des démarches ont été entreprises par la coordination des unités de soins pour l'élaboration d'un plan opérationnel. La finalisation de ce plan permettra de disposer d'un document de travail et de plaidoyer qui sera d'un atout considérable pour la mobilisation des ressources indispensables à la mise des activités pour l'amélioration des soins et la satisfaction des usagers :

Sur le plan des ressources, l'HDZ dispose du personnel engagé pour la qualité bien qu'évoluant dans un contexte suffisamment difficile. Le personnel dispose du minimum de compétence technique pour mener les activités. Il bénéficie également de quelques formations très sporadiques et de supervision dans la prise en charge de certaines pathologies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH et la malnutrition. Le personnel reconnaît l'importance de ces supervisions qui sont toujours très bénéfiques et regrette leur insuffisance. Des potentialités locales de mobilisation des ressources existent avec le programme LimFaso et le guérisseur de Nagréongo. Ces possibilités si elles sont exploitées judicieusement sont d'un appui considérable pour la mobilisation des ressources additionnelles pour la mise en œuvre des activités innovatrices de la structure. En outre, certains enquêtés citent le système de partage des coûts des urgences obstétricales et chirurgicales mis en place en 2012 et fonctionnant sur la base des contributions des COGES, des municipalités et des bénéficiaires comme un mécanisme facilitant l'accès de la population aux soins de santé.

Sur le volet infrastructure, matériel et équipement, le strict minimum existe. L'HDZ dispose de son propre site, clôturé, avec des adresses précises permettant une orientation claire et précise de la structure. Pour les infrastructures, le strict

minimum est disponible et leur utilisation judicieuse accompagnée d'une bonne politique de maintenance sont gage d'une disponibilité acceptable.

Dans le domaine de la communication, on note que le staff dirigeant de l'HD est conscient de l'intérêt et de l'importance de la communication au sein de l'organisme.

Sur le plan organisationnel, il existe au sein de l'hôpital un organigramme structurel et fonctionnel. Des cadres de concertation existent et certaines rencontres sont tenues pour explorer certaines questions de fonctionnement et d'organisation des services. La tenue de ces rencontres est un tremplin pour la résolution de certains problèmes et de lever de certaines difficultés communicationnelles et relationnelles au sein de la structure.

Des efforts sont consentis pour constater certaines faiblesses et y apporter des solutions. Cela se fait à travers le monitoring des activités qui se fait semestriellement. Aussi à l'échelle des certains services, les stratégies mises en œuvre sont la supervision et le suivi fait par les SUS.

### **3.2. Des défis du système de management de la qualité à l'hôpital du district de Ziniaré**

Le succès de la mise en œuvre d'un SMQ est tributaire dans la quasi-totalité des cas de la maîtrise du contexte. La relation entre le contexte et le succès de la certification confirme l'importance de l'engagement de la direction, qui est considéré, au plan de la théorie, comme un préalable indispensable à la mise en place de la gestion de la qualité dans une organisation [7]. En effet, ce contexte requiert d'un leadership dont l'engagement doit être sans défaut, écrit et soutenu. Cependant, l'étude a révélé à l'absence de vision formalisée, d'engagement formel à une démarche qualité et les insuffisances de planification constituant une limite au succès de la certification. Selon la norme ISO, la direction doit définir une politique qualité, ses objectifs et affecter les moyens humains et techniques en cohérence avec sa stratégie globale et en s'appuyant sur l'écoute des clients. L'expérience réussie de l'HOMEL certifiée ISO en 2005 note l'existence d'engagement écrit et de politique qualité disponible dans tous les processus du dispositif d'Assurance Qualité [8].

L'absence de la politique qualité et l'insuffisance de sensibilisation pourraient expliquer la faible implication du personnel qui est pourtant capital pour la réussite de toute démarche qualité. Elle est même citée comme deuxième principe de management de la qualité par la norme ISO [9]. Cette non-mobilisation du personnel et des usagers autour de la qualité peut être un obstacle à la certification de l'hôpital. Le succès à l'implantation et à l'application de cette norme est proportionnel à l'engagement de la direction ainsi qu'à la contribution et la participation du personnel [10]. L'étude nous a également montré que l'hôpital n'a pas suffisamment déployé la stratégie « orientation client ». L'inexistence d'un système qui recueille les exigences des clients pour les intégrer dans le fonctionnement de l'hôpital est un grand handicap. La norme ISO chapitre 5.1.2a stipule « La direction doit démontrer son leadership et son engagement relatifs à l'orientation client en s'assurant que les exigences du client [...] sont déterminées, comprises et satisfaites en permanence ».

C'est sans doute cette insuffisance qui expliquerait l'insatisfaction de certains partenaires de l'hôpital que sont la clientèle interne et externe car quel que soit le domaine, l'attention portée aux clients est cruciale, puisque leur satisfaction est conditionnée à leur écoute. En effet, le résultat d'une prestation de service demeure, au moins en partie, très dépendant des attentes du client. Dans la poursuite de la réflexion, le postulat de l'orientation client comme principe fondateur de la qualité du service peut, par ailleurs, paraître s'opposer à l'expertise professionnelle des acteurs. [11]

L'organigramme de l'hôpital est peu connu des acteurs. Les outils pouvant préciser et rendre opérationnel l'organigramme que sont les lettres de mission, les descriptions de postes et répartition des tâches ne sont pas utilisés. Ceci a pour corollaire des conflits d'attributions et l'insuffisance de redevabilité.

La planification qu'elle soit stratégique ou opérationnelle constitue un levier pour le succès de la démarche qualité et par ricochet de la démarche de certification. D'après les exigences de la norme ISO dans son chapitre 6 qui traite de la planification, l'hôpital devrait non seulement identifier des actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités, définir les objectifs qualité et planifier des actions pour les atteindre mais également de planifier les modifications qui pourraient survenir. L'HDZ dans cette étude ne dispose pas de plan stratégique ni opérationnel. Cela constitue un obstacle majeur pour la certification de la structure.

Une insuffisance globale des ressources a été observée au sein de l'hôpital. L'insuffisance du personnel et surtout leur faible niveau de motivation constitue un obstacle à la réussite de la certification. Cette situation est aggravée par des départs massifs des agents de façon périodique et un renouvellement continu du personnel. Le changement ou le mouvement du personnel est aussi un facteur entravant la pérennisation de la démarche qualité. Il est ressenti au cours de nos interviews une baisse générale d'engagement du personnel qui s'expliquerait par le climat de méfiance entre le personnel et l'administration de l'hôpital. Ce climat délétère constitue une menace à la survie de la démarche qualité dont le principe de base est la culture d'une attitude positive des acteurs [12]. Pour les compétences techniques des agents de santé, tous reconnaissent qu'il y a une nécessité impérieuse de renforcer leurs capacités par des formations continues surtout que la science évolue très vite et que les pratiques le sont également. L'absence de cette mise à niveau des prestataires pourraient affecter la qualité des soins et ensuite échouer la certification de l'hôpital.

L'insuffisance de ressources financières pour assurer la continuité des soins dans les conditions requises, de même que l'accompagnement des équipes qualité a engendré un abandon du processus par le personnel [13].

L'insuffisance importante en ressources matérielles et infrastructurelles constitue une entrave à la démarche qualité et une source de démotivation des acteurs.

L'extrême insuffisance des ressources informationnelles au sein de l'hôpital pourrait constituer une entrave à la bonne mise en œuvre de la démarche de certification ISO. La communication est le facteur clé du succès, 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 et la démultiplication des acteurs [14]. C'est ainsi que le dirigeant qui veut convaincre doit communiquer. Le système d'information est le support de la preuve et l'outil de pérennisation des démarches entreprises [15]. Il faut donc repenser les relations hôpital et clients.

Pour la réalisation des prestations, l'étude a montré que l'approche processus n'est pas déployée à l'HDZ et on note une insuffisance aussi bien dans la disponibilité que dans l'utilisation des protocoles et procédures. Les constats nous ont révélé qu'à l'HDZ, dans la plupart des cas la production et la prestation de service ne sont pas faites dans des conditions maîtrisées. La norme dans son chapitre 8.1 rappelle que « L'organisme doit planifier, mettre en œuvre et maîtriser les processus nécessaires pour satisfaire aux exigences relatives à la fourniture des produits et à la prestation de services ». Ceci est une limite pour le succès de la démarche qualité.

## Conclusion

La mise en œuvre d'un système de management de qualité dans des établissements publics de santé est une démarche salvatrice pour le système de santé. L'exploration de la mise en œuvre d'un système de management de qualité à l'hôpital de district de Ziniaré a mis en exergue des atouts et des défis. La maîtrise des défis est gage du succès de la mise en œuvre du SMQ.

## Conflits d'intérêts

Aucun

## Remerciements

Aucun

## Références

1. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;170(11): 1678-1686.
2. Kossi T. Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo. Université Senghor d'Alexandrie. Master en Développement. Spécialité santé internationale. 2007. 81p.
3. H Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel, and C. MacAulay. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. QA Monograph Series 1(1) Bethesda, MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project. 2001.
4. De Geyndt W. Managing the quality of health care in developing countries. World Bank technical paper Washington, D.C. The World Bank, 1995. p. 67-80.
5. Ministère de la santé. Stratégie nationale de la qualité des soins intégrés centrés sur les personnes. Ministère de la santé Burkina Faso. 2017
6. ISO 9000 :2015. Système de management qualité : Principes essentiels et vocabulaire. Quatrième édition. 2015. 61p
7. Hürlimann C, de Chamine S, Le Divenah A, Bertrand D. Anticiper l'échec de la qualité à l'hôpital : quelles actions préventives ? *J Econ Med*. 2000;18 : 349-362.
8. Nana WF. Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie « 5S » à l'hôpital de zone de Ouidah. Mémoire d'étude. 2013. 71p
9. Hamze Z. Étude de faisabilité de l'implantation d'un système de management de la qualité et la certification ISO 9001-2008 au service du Génie biomédical de l'hôpital, Maisonneuve-Rosemont, Université de Montréal, Canada 2015.113p.
10. Lavalée S. Le management de la qualité dans une bibliothèque publique : Analyse et proposition pour une démarche de type ISO 9001 appliquée à une bibliothèque de lecture publique. Mémoire d'étude. 2008. 104p
11. Toshihiko H, Wimal K. Changement de management pour l'hôpital. 2011. 55p



12. SALHI LN. Les facteurs qui entravent la pérennisation de la démarche qualité au niveau de l'hôpital des spécialités de Rabat. Mémoire ENSP. 2014. 268 p
13. Staccini P, Quaranta JF, Testa J. Rôles du système d'information hospitalier dans la démarche qualité d'un établissement de santé. 7èmes Rencontres Hospitalières du RESHAOC. 2005.