



**LA DEMARCHE DE CERTIFICATION ISO 9001/2008
EN MILIEU HOSPITALIER AU BURKINA FASO :**

***L'EXPERIENCE DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE BLAISE COMPAORE (CHU-BC)***

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU
MASTER SPECIALISE EN QUALITE, HYGIENE, SECURITE
ET ENVIRONNEMENT (M2 QHSE)**

Présenté et soutenu publiquement le [Date] par

Josephine TAPSOBA/SAWADOGO

Travaux dirigés par : Dr Abdoulaye SO

Chef de Service de la Planification, de Management de la Qualité
et de la Coopération CHU-BC

Jury d'évaluation du stage :

Président : Prénom NOM

Membres et correcteurs : Prénom NOM
Prénom NOM
Prénom NOM

Promotion [2013/2014]

DEDICACE

Je dédie ce travail de mémoire :

✚ A mon époux Privat Roch TAPSOBA

✚ A mes enfants : Elsa, Alban et Yves TAPSOBA

Qui n'ont jamais cessé de me soutenir et de m'encourager dans la poursuite de ma carrière professionnelle.

Que ma détermination, mon courage et ma persévérance soient sources d'inspiration pour chacun d'eux.

REMERCIEMENTS

Je tiens à présenter mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur soutien et qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire de fin d'études. Ainsi, que mes remerciements aillent :

- Au Directeur Général du Centre hospitalier universitaire Blaise COMPAORE (CHU-BC) qui a bien voulu accepter m'octroyer une autorisation pour la réalisation de mon projet ;
- A mon superviseur et coordonnateur du management qualité, Mr Abdoulaye SO pour son soutien, ses conseils et son accompagnement continu qui m'ont permis de réussir mon projet ;
- A l'ensemble du personnel du CHU-BC, les patients et accompagnants qui ont pris part à l'enquête ;
- A tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réussite de mon travail.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma très profonde gratitude et que le Dieu Tout Puissant les bénisse abondamment.

RESUME

La présente étude s'est fixée pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension de la démarche de certification dans un hôpital public qui est le CHU-BC. Pour ce faire, l'étude s'est focalisée sur l'analyse de l'environnement hospitalier, l'évaluation du niveau de satisfaction d'une part du personnel sur son implication dans la démarche de certification et d'autre part des patients/accompagnants sur la qualité des prestations de services reçus dans le périmètre de certification. Il ressort de ces travaux que la démarche qualité est belle et bien en application dans la quasi-totalité des services du CHU-BC, le périmètre de certification cible 10 processus sur les 21 développés. Les enquêtes de satisfaction ont concerné les chefs de services, les pilotes et copilotes des processus du périmètre de certification ainsi que les bénéficiaires des services dans ledit périmètre de certification. Des points essentiels d'insatisfaction du personnel, on retient : des insuffisances liées à la communication interne incluant la circulation de l'information et le partage des bonnes pratiques, au suivi des efforts et résultats, à la non prise en compte des mesures de satisfaction du personnel par des actions concrètes (développement de la formation continue, reconnaissance et récompense du travail bien fait) ainsi qu'à la maintenance des infrastructures/équipements (politique générale de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux, coordination de la maintenance curative). En outre, les résultats de l'enquête de satisfaction des patients/accompagnants confirment que la prise en compte des exigences clients s'avère être une réalité au CHU-BC. Néanmoins, des points d'insatisfaction ont été relevés au niveau de l'accueil et concerne particulièrement la courtoisie des agents d'accueil et le temps d'attente avant d'avoir la consultation médicale. Face à ces points d'insatisfaction du personnel et des patients/accompagnants, des recommandations ont été formulées pour corriger rapidement ces dysfonctionnements avant qu'ils ne pèsent lourdement sur le processus du projet de certification.

Mots clés : CHU-BC, ISO/9001, Management de la qualité, Certification, Satisfaction du personnel, Satisfaction de clients.

ABSTRACT

This study aims at facilitating a better understanding of the certification process in a public hospital, which is the CHU-BC. To that end, the study focused on analyzing the hospital environment, the assessment of the level of staff satisfaction concerning their involvement in the certification process and the assessment of patients/accompanying persons' satisfaction concerning the quality of delivery of the services received within the certification perimeter. The study shows that the quality approach is actually applied in nearly all the services of the CHU-BC but the certification perimeter targets 10 processes out of the 21 that have been designed. Surveys on satisfaction have focused on the heads of services, the pilots and copilots of the processes of the certification perimeter as well as the service recipients within the said certification perimeter. The main reasons for staff dissatisfaction are the inadequacies of internal consumption including information flow and sharing of good practices; the monitoring of efforts and results, as well as the lack of consideration of the measures of staff satisfaction by concrete actions (development of continuing education, recognition and reward of work well done) as well to the maintenance of infrastructures/equipments (general policy of preventive and curative maintenance of medical devices, coordination of curative maintenance). In addition, the results of the survey on patients/accompanying persons' satisfaction confirm that the consideration of clients' requirements is proving to be a reality in the CHU-BC. Nevertheless, some reasons for dissatisfaction were noted at the level of welcoming persons and these relate particularly to the courtesy of officers at the reception counter and the waiting time prior to receiving medical consultation. Considering these reasons for staff and patients/accompanying persons' dissatisfaction, recommendations were made in order to quickly correct these dysfunctions before they weigh too heavily on the process of the certification project.

Key words: CHU-BC, ISO/9001, Quality management, Certification, Staff satisfaction, Clients satisfaction.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AFNOR	: Association Française de Normalisation
AUF	: Agence Universitaire de la Francophonie
CHU- BC	: Centre Hospitalier Universitaire Blaise COMPAORE
DARH	: Direction de l'Administration et des Ressources Humaines
DFC	: Direction Financière et de la Comptabilité
DG	: Direction Générale
DSG	: Direction des Services Généraux
DSIO	: Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSM	: Direction des Services Médicaux
EPA	: Etablissement Public à caractère Administratif
IRD	: Institut de Recherche pour le Développement
ISO	: International Standard Organisation
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PSN	: Politique Sanitaire Nationale
SPMQC	: Service de la Planification, de Management de la Qualité et de la Coopération
VIP	: Very Important Person
2iE	: Institut International d'Ingénierie en eau et en Environnement

SOMMAIRE

DEDICACE	<i>i</i>
REMERCIEMENTS	<i>ii</i>
RESUME	<i>iii</i>
ABSTRACT	<i>iv</i>
LISTE DES ABBREVIATIONS	<i>v</i>
SOMMAIRE	<i>vi</i>
LISTE DES TABLEAUX	<i>viii</i>
LISTE DES FIGURES	<i>ix</i>
INTRODUCTION	<i>1</i>
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	2
I.1 Problematique	2
1.2 Objectifs	4
1.2.1 Objectif général :	4
1.2.2 Objectifs spécifiques :	4
1.3 Environnement interne du CHU-BC	4
1.3.1 Situation géographique et administrative.....	4
1.3.2 Missions.....	5
1.3.3 Organes	5
1.3.3.1 Les organes administratifs et de gestion.....	5
1.3.3.2 Les organes consultatifs et les cadres de concertation.....	6
1.3.4 Organisation technique.....	6
CHAPITRE II : SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE	8
2.1 Définitions des principaux concepts	8
2.1.1 Norme ISO	8
2.1.2 Système de Management.....	8
2.1.3 Système de Management Qualité (SMQ).....	9
2.1.4 Démarche qualité	11
2.2 Certification ISO	12
2.2.1 Conduite de la démarche de certification ISO.....	13
2.2.2 Intérêts de la certification	14
2.2.3 Principales étapes de la certification ISO 9001	14
2.3 Cadre de référence : Norme ISO 9001/2008	17
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	21
3.1 Type d'étude	21
3.2 Délimitation du champ d'étude (périmètre de certification)	21
3.3 Population de l'étude	21
3.3.1 Groupe du personnel.....	22
3.3.2 Groupe de patients/accompagnants.....	22
3.4 Échantillonnage	22
3.4.1. Méthode d'échantillonnage	23
3.4.2. Technique d'échantillonnage et taille des échantillons	23
3.4.3. Techniques et Instruments de collecte de données	23

3.5 Technique de traitement des données.....	24
3.6 Considérations éthiques.....	24
3.7 Difficultés et contraintes.....	24
CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	26
4.1 Les caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques de la population de l'étude.....	26
4.1.1 Les caractéristiques socio-professionnelles du personnel enquêté.....	26
4.1.1.1 Répartition de la population enquêtée selon la catégorie professionnelle et selon le sexe.....	26
4.1.1.2 Répartition de la population enquêtée selon le niveau de responsabilité et l'ancienneté dans le service.....	27
4.1.1.3 Répartition de la population enquêtée selon les processus du périmètre de certification.....	28
4.1.2 Les caractéristiques socio-démographiques des patients/accompagnants enquêtés.....	28
4.1.2.1 Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon l'âge.....	28
4.1.2.2 Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le sexe.....	29
4.1.2.3 Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le niveau d'instruction.....	29
4.1.2.4 Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le nombre de visites au CHU-BC.....	30
4.2 Les résultats sur la satisfaction du personnel enquêté.....	31
4.2.1 Niveaux de satisfaction du personnel sur l'engagement de la direction, la collaboration entre équipes, l'implication/participation, des exigences clients et la maintenance des infrastructures/équipements.....	31
4.2.2 Les difficultés rencontrées dans la conduite de la démarche de certification et les suggestions d'amélioration proposées par le personnel enquêt.....	37
4.3 Les résultats sur la satisfaction des patients/accompagnants enquêtés.....	38
4.3.1 Niveau de satisfaction des patients/accompagnants sur l'accueil/accessibilité, la qualité humaine du personnel, l'information médicale et l'impression générale sur la consultation.....	38
4.3.2 Les suggestions des patients/accompagnants enquêtés.....	38
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	39
5.1 La satisfaction du personnel enquêté.....	39
5.1.1 L'engagement de la direction.....	39
5.1.2 La collaboration entre équipes et l'implication/participation du personnel.....	40
5.1.3 La prise en compte des exigences clients.....	41
5.1.4 La maintenance des infrastructures/équipements.....	42
5.2 La satisfaction des patients/accompagnants enquêtés.....	43
CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES.....	45
CONCLUSION.....	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	48
ANNEXES.....	I

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: Les différents services du CHU BC.....	7
Tableau II	: Répartition du personnel enquêté selon la catégorie professionnel et selon le sexe.....	26
Tableau III	: Répartition du personnel enquêté selon le niveau de responsabilité et l'ancienneté dans le service.....	27
Tableau IV	: Répartition du personnel enquêté suivant les processus du périmètre de certification.....	28
Tableau V	: Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon l'âge.....	29
Tableau VI	: Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le sexe.....	29
Tableau VII	: Répartition des patients/accompagnants enquêtés en fonction du niveau d'instruction.....	30
Tableau VIII	: Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le nombre de visites au CHU BC.....	30
Tableau IX	: Niveau de satisfaction du personnel enquêté à l'égard de l'engagement de la direction.....	31
Tableau X	: Niveau de satisfaction du personnel enquêté à l'égard de la collaboration entre équipes.....	32
Tableau XI	: Niveau de satisfaction du personnel enquêté à l'égard de l'implication/participation.....	33
Tableau XII	: Niveau de satisfaction du personnel enquêté à l'égard de la prise en compte des exigences clients.....	34
Tableau XIII	: Niveau de satisfaction du personnel enquêté à l'égard de la maintenance des infrastructures/équipements.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Système de Management de la qualité basé sur la roue de Deming.....	12
Figure 2	: Modèle de système de management de la qualité basé sur les processus.....	20

INTRODUCTION

Bien que l'obtention de la certification ISO/9001 ne soit pas une obligation, force est de constater que quelques structures privées de santé burkinabé sont parvenues à se faire certifier ISO 9001/2008, ce qui n'est pas le cas des hôpitaux publics du Burkina Faso pour l'instant. Le CHU-BC, hôpital public moderne de référence de haut niveau pour les soins spécialisés s'est lancé dans la conquête de la certification ISO/9001 en mettant en place un système de management qualité et se prépare activement à devenir le pionnier des hôpitaux publics du Burkina Faso à disposer une certification ISO 9001/2008. Notre travail de recherche s'est fixé pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension de la démarche de certification dans un hôpital public qu'est le CHU-BC. Pour ce faire, l'accent a été mis sur l'analyse de l'environnement hospitalier, l'évaluation du niveau de satisfaction d'une part du personnel concernant son implication dans la démarche de certification et d'autre part des patients/accompagnants sur la qualité des prestations de services reçus dans le périmètre de certification. Le niveau de satisfaction du personnel a été mesuré à travers : l'Engagement de la direction, la Collaboration entre équipes, l'Implication/participation, les Exigences clients et la Maintenance des infrastructures/équipements. Celui des patients/accompagnants a été réalisé à partir de: l'Accueil/accessibilité, la Qualité humaine du personnel, l'Information médicale et l'Impression générale sur la consultation. Sur la base des résultats, des recommandations ont été faites pour une mise en œuvre réussie de la démarche de certification au CHU-BC.

Ce mémoire comprend six chapitres. Le premier présente le cadre théorique de l'étude à travers la problématique, les objectifs et l'environnement interne du CHU-BC. Le second fait état de la synthèse bibliographique portant sur les principaux concepts relatifs au management de la qualité et la certification ISO 9001/2008. Le troisième chapitre décrit la méthodologie de recherche. Elle prend en compte la définition du type d'étude, la délimitation du champ d'étude, la population à l'étude, l'échantillonnage, les techniques et instruments de collecte des données, la technique de traitement des données, les considérations éthiques, les difficultés et contraintes. L'analyse et l'interprétation des résultats sont présentées dans le quatrième chapitre alors que la discussion de ces résultats ainsi que les recommandations et les perspectives font respectivement l'objet des chapitres cinq et six.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

1.1 PROBLEMATIQUE

L'évolution du contexte économique actuel, les exigences de plus en plus importantes des clients, la concurrence, les défis liés aux exigences des normes internationales en matière de certification sont autant de facteurs qui font que les entreprises sont de plus en plus conscientes de l'importance de la démarche qualité dans leur organisation. Pour ce faire, le Système de management de la qualité (SMQ) apparaît comme un outil incontournable d'implication des dirigeants et de l'ensemble du personnel dans le développement de l'entreprise.

Au cours des dernières décennies, la question du management de la qualité est donc devenue l'apanage de toutes les entreprises dans la plupart des pays du monde. En effet, en adaptant leurs pratiques de management, les entreprises s'efforcent de se conformer aux réalités économiques, concurrentielles et de répondre efficacement aux besoins de leurs clients qui sont de plus en plus exigeants. Le management de la qualité permet à l'entreprise de maîtriser ses missions, de gérer ses processus et ses activités de manière à ce que ses produits ou services répondent aux objectifs qu'elle s'est fixés, de s'engager dans une démarche d'amélioration continue et de fournir des prestations performantes, répondant à des normes reconnues au niveau national et international. Malgré la mise en place d'un système de management de la qualité pour plusieurs entreprises, les clients demandent à être rassurés de la qualité des produits ou services dont ils sont les bénéficiaires. Pour cela, il ne suffit pas de dire que l'on fait de la qualité mais, il faut plutôt le prouver. C'est dans cette dynamique et également dans un souci d'harmonisation des pratiques que s'est développé un corpus de normes pouvant être certifiées (LHomme, 2008). Pour cet auteur français, la certification ISO n'est plus seulement une préoccupation des entreprises privées. Depuis quelques années, les certifications sont de plus en plus répandues dans les établissements de santé qui n'hésitent plus à s'engager dans les démarches qualité volontaires et même de collectionner les certificats de type ISO.

Les structures de santé du Burkina Faso ne dérogent pas à la règle de la conquête de la culture « qualité » devenue indispensable pour la santé et le bien-être de la population. A l'instar des autres pays de la sous-région africaine, le Burkina Faso s'est doté d'une Politique Nationale

Qualité ayant pour objectifs d'assurer la conformité des produits et services aux exigences des marchés national, sous régional et international ; de susciter une culture nationale de la qualité dans l'ensemble de la population et des producteurs de biens et de services tant au niveau du secteur public que privé (Ministère du Commerce, de la Promotion de l'Entreprise et de l'Artisanat, 2010).

Dans cette perspective, la culture de la qualité dans le secteur de la santé constitue une préoccupation majeure et permanente. A cet effet, Sawadogo et coll. (2006) notent que dans un contexte où les coupures budgétaires sont de plus en plus présentes, il est indispensable que les établissements de santé repensent leurs systèmes d'organisation afin de les rendre plus efficaces en termes de qualité des soins et services dispensés. Cependant, So (2009), souligne que les activités de management qualité sont perçues comme étant des tâches ne faisant pas partie des tâches habituelles des services, méritant ainsi une motivation particulière. Il en résulte que la mise en œuvre de la démarche qualité est faite dans un contexte global de méconnaissance de ladite démarche et de ses outils. Dans le même ordre d'idée, le Ministère de la santé (2011) indique que malgré les efforts consentis ces dernières années pour améliorer la qualité des prestations de soins et services offerts à la population burkinabé, des insuffisances subsistent au niveau des structures de santé tant publiques que privées.

Fort de ce constat, les centres hospitaliers publics qui sont les structures de référence de dernier niveau du système de santé burkinabé sont très préoccupés par la quête quotidienne de la qualité. C'est le cas du Centre hospitalier universitaire Blaise COMPAORE (CHU-BC), l'une des structures de référence de très haut niveau pour les soins spécialisés au Burkina Faso. Ce CHU s'est lancé dans la quête d'une culture permanente de qualité en mettant en place un système de management qualité (Sanfo, 2013) avec pour but principal d'acquiescer la certification ISO 9001/2008. Cet engagement dans la démarche de certification ISO 9001/2008 fera de cet établissement de santé la première structure publique de soins à expérimenter la mise en œuvre d'un système de management qualité dans une vision futuriste d'être certifié ISO 9001/2008.

Cependant, le caractère public du CHU-BC fait que la structure est soumise aux procédures publiques de gestion à l'instar des autres hôpitaux du pays. Les missions de services publics obligent l'hôpital à prendre en charge tout patient y compris les indigents et les cas sociaux.

L'hôpital doit aussi délivrer des prestations de soins accessibles financièrement à la population. Tous ces facteurs sont autant de défis majeurs auxquels, le CHU-BC doit faire face dans la conduite de la démarche de certification. Cependant, très peu d'écrits existent sur la certification des hôpitaux publics et c'est pourquoi nous voulons proposer une piste de réflexion.

1.2 OBJECTIFS

1.2.1 Objectif général

Notre travail a comme objectif général de contribuer à une meilleure compréhension de la démarche de certification conduite dans le contexte d'un établissement public de santé au Burkina Faso : le CHU-BC. Cet objectif se décline en objectifs spécifiques.

1.2.2 Objectifs spécifiques

Objectif spécifique 1 :

Analyser l'environnement hospitalier dans le cadre de la démarche de certification au CHU-BC

Objectif spécifique 2 :

Evaluer la satisfaction du personnel concernant son implication dans la démarche de certification au CHU-BC

Objectif spécifique 3 :

Evaluer la satisfaction des clients sur la qualité des prestations des soins et services reçus dans le périmètre de certification au CHU-BC

1.3 ENVIRONNEMENT INTERNE DU CHU-BC

1.3.1 Situation géographique et administrative

Dernier né des centres hospitaliers universitaires du Burkina Faso, le CHU-BC est situé dans le village de Tingandogo, commune rurale de Komsilga, province du Kadiogo. Créé par décret n°2011-145/PRES/PM/MEF/MS/MESSRS du 24 mars 2011, le CHU-BC a officiellement ouvert ses portes au public le 1^{er} septembre 2011 et a une capacité d'accueil de 600 lits. Il a été érigé en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) par décret pris en conseil des ministres, le 18 Février 2015. Avec un plateau technique étoffé, le CHU-BC couvre l'ensemble de la population burkinabé. Il a également une vocation sous régionale et internationale.

1.3.2 Missions

Conformément à la loi n°034/98/AN du 18 mai 1998 portant loi hospitalière, les établissements hospitaliers du Burkina Faso ont pour missions principales « d'assurer : le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients. Ils assurent leur hébergement. Ils participent en outre à des activités de formation, de recherche et aux actions de santé publique, notamment aux actions d'éducation pour la santé et de prévention et à toutes actions médico-sociales coordonnées ».

Par le décret n° 2011-246/PRES/PM/MS/MEF du 21 avril 2011 portant statuts de l'établissement, le CHU-BC a pour mission principale d'assurer les prestations de services de santé de qualité conformément à la science médicale et aux exigences du service public et plus spécifiquement de :

- participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, et d'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes ;
- mener, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale des patients ;
- mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire ;
- mettre en place un système des procédures de management de la qualité en vue d'atteindre le niveau des normes ISO dans le domaine hospitalier.

Le même décret confère les dérogations sur la gestion des ressources humaines et la gestion financière au CHU-BC. Afin de mener à bien les missions à lui assignées, le CHU-BC s'est imposé une vision qui est celle de faire de l'hôpital un pôle d'excellence dans la prise en charge des patients. Pour ce faire, il a pour devise « *l'hôpital autrement !* ».

1.3.3 Organes

Les organes du CHU-BC se composent comme suit :

1.3.3.1 Les organes administratifs et de gestion

Les organes d'administration et de gestion qui sont au nombre de deux (02) :

- le Conseil d'administration ;

- la Direction générale qui comporte quatre (04) directions (la direction des services médicaux ; la direction des soins infirmiers et obstétricaux ; la direction de l'administration et des ressources humaines et la direction financière et comptable).

1.3.3.2 Les organes consultatifs et les cadres de concertation

Les organes consultatifs sont :

- le Comité Technique d'Etablissement (CTE) ;
- la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ;
- la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux (CSIO) ;
- le Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Sécurité au travail (CHSST) ;
- le Conseil de Discipline (CD).

En sus de ces organes consultatifs statutaires, il a été mis en place d'autres organes : le Comité qualité / sécurité, le Comité thérapeutique, le Comité du bloc opératoire.

Les cadres de concertation sont :

- le conseil de direction ;
- l'assemblée générale ;
- les rencontres des organes consultatifs ;
- les réunions de services.

1.3.4 Organisation technique

Le tableau I présente la liste des différents services que dispose le CHU-BC.

Tableau I: les différents services du CHU-BC

Les services cliniques	Les services médico-techniques
- Service de médecine et des spécialités médicales	- Service de la pharmacie hospitalière
- Service de chirurgie et des spécialités chirurgicales	- Service de laboratoire d'analyses biomédicales
- Service des consultations externes	- Service de l'imagerie médicale et des explorations fonctionnelles
- Pool mère-enfant	- Service d'hygiène hospitalière et de stérilisation
- Service VIP	- Service de laboratoire d'anatomo-pathologie
- Service des urgences	

CHAPITRE II : SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE

2.1 Définitions des principaux concepts

2.1.1 Norme ISO

Une norme est un référentiel commun, national ou international, défini par consensus et documenté qui permet d'harmoniser une activité, un processus ou une méthodologie au sein d'un secteur donné. Son objectif est de garantir certaines caractéristiques des produits et services telles que la qualité, le respect de l'environnement, la sécurité, la fiabilité, l'efficacité et l'interchangeabilité. Afin de suivre les évolutions du marché et des technologies, une norme doit être constamment mise à jour.

ISO (International Standard Organisation) ou Organisation Internationale de Normalisation est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation. Elle a été créée en 1947 et est composée de représentants des organismes nationaux de plus de 150 pays dont le siège est à Genève, en Suisse. L'ISO travaille par consensus entre secteurs public et privé afin de répondre aux exigences du monde économique, et d'une manière plus large aux besoins généraux de la société.

Une norme ISO est une norme qui a acquis un statut international suite à l'établissement d'un consensus entre les comités nationaux, constitués des experts représentatifs du domaine.

2.1.2 Système de Management

L'ISO définit le système de management comme étant un ensemble de procédures qu'une entreprise doit suivre pour réaliser ses objectifs. Plus l'entreprise est grande, plus elle aura besoin de procédures bien établies décrivant clairement qui fait quoi. Cette démarche qui vise à systématiser les modes opératoires à suivre constitue ce que l'on appelle un « système de management ». Pour Difo (2013), le système de management désigne un dispositif qui permet à une entreprise de gérer ses processus et activités, de manière que ses produits ou services répondent aux objectifs qu'elle s'est fixés.

2.1.3 Système de Management Qualité (SMQ)

Le Système de management de la qualité est l'organisation mise en place par une entreprise (ou un organisme) pour atteindre sa politique et ses objectifs qualité. Il s'agit globalement de la manière dont un organisme dirige et maîtrise l'ensemble des activités liées à la qualité qui se rapportent directement ou indirectement à la satisfaction des exigences des clients. Le SMQ est constitué de la structure organique, de la planification, des processus, des ressources et de la documentation qui sont utilisés pour réaliser les objectifs qualité, répondre aux exigences de la clientèle et améliorer le système de management de la qualité (ISO , 2010).

On parle de système, car le SMQ prend en compte les acteurs, les activités, les matériels divers de l'entreprise en interdépendance pour atteindre l'objectif visé en lien avec la satisfaction du client. Ce système est coordonné et piloté par la ligne managériale de l'entreprise qui se donne ainsi les moyens d'atteindre les priorités définies. Le SMQ doit correspondre à la réalité de l'organisation de l'entreprise, être adapté à sa culture, son contexte, ses services, ses managers, ses produits etc.

La mise en place d'un système de management de la qualité présente des avantages multiformes qui sont (ISO 9001, 2015) :

- l'évaluation du contexte global de l'organisme en vue de définir clairement les objectifs ;
- la réponse aux besoins des clients ;
- la meilleure organisation du travail soutenue par l'alignement des processus et leur compréhension par l'ensemble du personnel, permettant ainsi de gagner en productivité et en efficacité, tout en réduisant les coûts internes ;
- la réponse aux exigences légales et réglementaires applicables ;
- la conquête de nouveaux marchés ;
- l'identification et la gestion des risques associés à l'activité de l'organisme.

Le SMQ repose sur sept (7) principes essentiels (ISO 9001, 2015), qui sont :

1. Orientation client.

Répondre aux attentes des clients – et les dépasser – est la vocation première du management de la qualité. L'orientation client contribue à la réussite de l'entreprise sur le long terme. Il est

important que cette dernière comprenne les besoins présents et futurs des clients, qu'elle satisfasse leurs exigences et qu'elle s'efforce d'aller au-devant de leurs attentes.

2. Leadership.

Avoir une vision ou une mission claire, portée par une direction forte, sont des éléments essentiels pour que chacun dans l'organisme comprenne les objectifs à atteindre.

3. Implication du personnel.

Créer de la valeur pour les clients d'une entreprise est plus facile avec un personnel compétent, responsable et impliqué à tous les échelons de l'entreprise. En effet, les personnes à tous les niveaux sont l'essence même d'une entreprise et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'entreprise.

4. Approche processus.

Concevoir les activités comme des processus interdépendants constitutifs d'un système aide à atteindre des résultats plus cohérents et prévisibles. Les personnes, équipes et processus ne fonctionnent pas en silos, et l'efficacité sera bien meilleure si chacun connaît les activités de l'organisme et sait comment elles s'articulent les unes avec les autres.

5. Amélioration.

Réussir implique de mettre constamment l'accent sur la recherche de possibilités d'amélioration. Il faut rester en phase avec l'évolution interne et externe pour continuer à créer de la valeur pour les clients.

6. Prise de décision fondée sur les preuves.

Prendre des décisions n'est jamais facile, il y a toujours une part d'incertitude. En fondant les décisions sur l'analyse et l'évaluation de données, il y a plus de chance d'obtenir le résultat voulu.

7. Management des relations avec les parties intéressées.

Fonctionner en vase clos n'est plus possible aujourd'hui. Pour des performances durables, il faut bien identifier les relations importantes tissées avec les parties intéressées, notamment les fournisseurs et établir un plan pour les gérer.

Les conditions de succès à la mise en œuvre d'un système de management de la qualité se résument comme suit : obtenir l'engagement de la direction, l'engagement et la participation du personnel ; se comparer avec les meilleurs ; se doter d'une démarche structurée ; se remettre en

question ; adopter l'orientation client ; se doter d'outils de mesure ; adapter la norme à l'organisation.

2.1.4 Démarche qualité

La démarche qualité est une approche organisationnelle qui permet un progrès permanent dans la résolution des non-qualités afin d'atteindre les objectifs fixés par la politique qualité. Elle est l'orientation et l'intention globale d'une entreprise en relation au respect des exigences pour la qualité telles qu'elles sont exprimées formellement par le haut niveau hiérarchique. Pour l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF, 2017), une démarche-qualité est un processus mis en œuvre par l'institution dans le but de maîtriser et d'assurer la qualité de ses activités afin d'améliorer sa performance et sa reconnaissance. Ce processus doit être continu dans le temps, progressif et demande l'adhésion de tous, en particulier de l'équipe de direction de l'institution. La démarche-qualité permet à l'institution d'identifier des risques prévisibles, des difficultés et des obstacles perçus comme des menaces au renforcement de la qualité de ses activités, de les analyser et de mettre en place des mesures correctrices et innovantes dans un processus d'amélioration continu. La démarche qualité peut conduire à un objectif de certification sans que ce soit une obligation. Dans le même ordre d'idée, Mekni (2013) note que la démarche qualité offre la possibilité au manager d'identifier les points forts et faibles de son entreprise et de les adapter en conséquence en vue d'augmenter les performances générales de toute l'entreprise. Il s'agit donc d'une démarche participative qui requiert nécessairement l'implication active de l'ensemble du personnel en clarifiant les rôles de tout un chacun.

Pour Chancenot (2013), la démarche qualité est perçue comme étant un processus qui permet aux entreprises de mettre en place un système qualité afin de maîtriser leurs missions et de s'engager dans une démarche d'amélioration continue, en assurant la satisfaction de leurs clients à travers les services ou produits livrés. C'est aussi un outil de changement qui crée une dynamique de progrès continu dans le fonctionnement de l'entreprise (*qualité interne*) et la satisfaction de ses clients (*qualité externe*). Cela favorise la pérennité et le développement de l'entreprise (Joumana, 2013).

Toute démarche qualité est fondée sur la mise en œuvre de la « roue de Deming » (désigné en anglais par « Plan-Do-Check-Act : PDCA). Cette roue symbolise la dynamique d'amélioration continue de la qualité. Les différentes étapes sont :

- **Plan : Planifier** (Phase de prévision). Etablir les objectifs et les processus nécessaires pour fournir des résultats qui correspondent aux exigences des clients et aux politiques de l'organisme.
- **Do : Réaliser** (Phase d'action). Mettre en œuvre les processus
- **Check : Vérifier** (Phase de mesure). Surveiller et mesurer les processus et le produit par rapport aux politiques, objectifs et exigences du produit et rendre compte des résultats.
- **Act : Améliorer** (Phase d'action). Entreprendre des actions pour améliorer en permanence les performances des processus.

Cet ensemble d'actions «tourne» en spirale montante. La figure 1 présente le Système de Management de la qualité basé sur la roue de Deming.

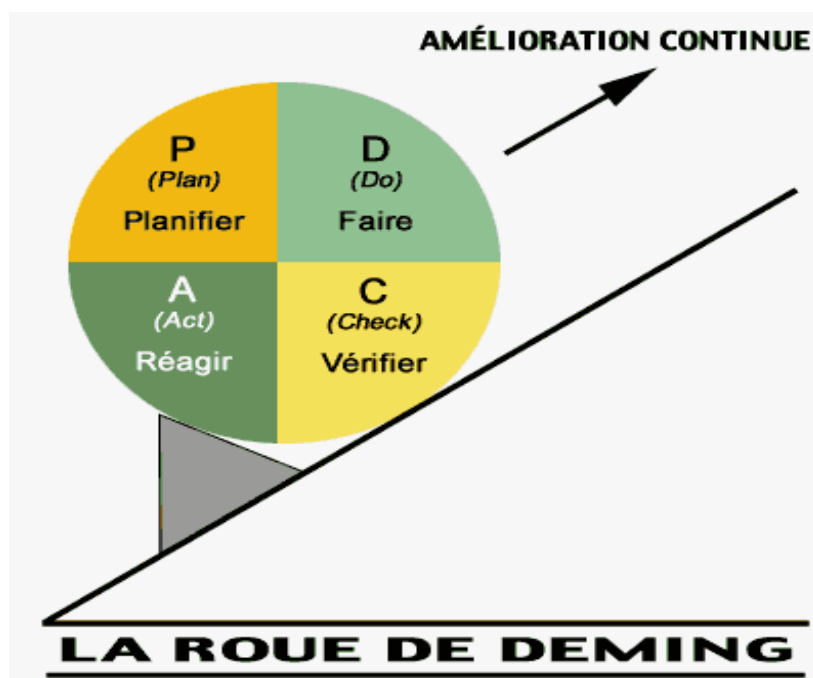


Figure 1- Système de Management de la qualité basé sur la roue de Deming

2.2 Certification ISO

La certification est la procédure selon laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, service, une personne ou une organisation, pour lesquels toutes les fonctionnalités, les compétences et tous les processus ont été évalués, satisfait aux exigences spécifiées dans le

référentiel choisi. Il s'agit d'une reconnaissance par un organisme tierce de la conformité par rapport aux exigences d'une norme ou d'un référentiel (Amel, 2010).

L'Association Française de Normalisation (AFNOR) définit la certification comme étant «une activité par laquelle un organisme reconnu, indépendant des parties en cause, donne une assurance écrite qu'une organisation, un processus, un service, un produit ou des compétences professionnelles sont conformes à des exigences spécifiées dans un référentiel».

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés à la certification selon la norme ISO 9001 dans sa version 2008. Cette norme traite des exigences du Système de Management de la Qualité. La certification ISO démontre que l'entreprise est apte à fournir des services ou des produits d'une qualité régulière et qu'elle est en mesure de prendre toutes les dispositions nécessaires pour donner confiance à ses clients. Elle est délivrée après un audit réalisé par un organisme de certification qui permet d'évaluer le système de management de la qualité mis en place conformément aux exigences de la norme.

2.2.1 Conduite de la démarche de certification ISO

La certification ISO est une démarche volontaire qui nécessite l'engagement de la Direction, l'implication de l'ensemble du personnel et des ressources matérielles et financières. Selon Barry et coll. (2015), engager une démarche qualité qui s'appuie sur la norme ISO 9001 est un vecteur de progrès indéniable pour une entreprise. Elle permet à cette dernière d'augmenter la confiance des clients et d'améliorer ses performances à travers un projet partagé par l'ensemble du personnel. Il s'agit d'une démarche dynamique visant à instaurer un système de management de la qualité. Cette démarche est interactive et pourrait s'étaler sur plusieurs mois, voire plusieurs années, dépendamment de l'état de préparation vis-à-vis des exigences de la norme (Hamze, 2015). Elle constitue «la preuve la plus crédible de conformité à un référentiel dans la mesure où intervient un organisme tiers («certificateur») apportant, d'une part, l'assurance de son impartialité et, d'autre part, la garantie d'une surveillance dans le temps du maintien de la conformité» (Canard, 2009).

2.2.2 Intérêts de la certification

L'obtention d'un certificat délivré par une tierce partie, un organisme de certification indépendant qui atteste de la conformité des pratiques d'une entreprise aux exigences de la norme ISO est pour les acheteurs, clients, fournisseurs et autres parties intéressées, la preuve que l'organisme a mis en œuvre la norme en bonne et due forme (NF EN ISO 9001 : 2008-11). Dans le même ordre d'idées, Joumana (2013) confirme que la certification s'est aussi gagnée non seulement en confiance vis-à-vis de soi-même et des clients, en définition sur les méthodes de travail, en visibilité sur les résultats mais aussi en dynamique d'amélioration continue et en image vis-à-vis des utilisateurs de services de l'entreprise.

Des auteurs s'accordent sur les avantages de la certification ISO que l'entreprise peut tirer tels que la définition claire de ses objectifs ; l'identification de nouvelles opportunités d'affaires, d'une clientèle régulière ; la réponse aux exigences légales et réglementaires ; la réduction des coûts de non qualités (dysfonctionnements, non conformités, réclamations) ; l'homogénéisation du fonctionnement de l'entreprise avec ses différents départements ; la garantie du professionnalisme donné aux clients, aux fournisseurs et aux partenaires ; la reconnaissance internationale et l'argument de vente.

2.2.3 Principales étapes de la certification ISO 9001

Selon les auteurs, les principales étapes de la certification ISO 9001 recensées dans la littérature se présentent comme suit :

Pour Joumana (2013), le processus de la certification comporte les étapes suivantes :

- obtenir un consensus sur les processus ;
- nommer les pilotes de processus ;
- établir les documents descriptifs ;
- définir le niveau d'exigence et de documentation applicable à chaque processus ;
- s'assurer de la conformité avec la norme ;
- mettre en application et s'en assurer ;
- définir et mettre en œuvre les dispositions de pilotage (dispositions managériales).

Quant à Fall (2013), la démarche de certification comprend cinq (05) étapes principales qui sont :

- la constitution de l'équipe d'audit ;
- le pré-audit ;
- l'audit de certification ;
- l'évaluation du dossier et décision ;
- le suivi de la certification (audit de suivi et audit de rectification).

Closenet (2005), décrit la démarche de certification selon les étapes ci-après :

- préparer et communiquer ;
- former les acteurs ;
- identifier les processus de l'entreprise ;
- mettre en œuvre ;
- appliquer le processus de certification.

D'après l'IRD (2008), toute structure qui décide d'implanter un système de management de la qualité devrait dans un premier temps effectuer deux choix importants : Il s'agit du référentiel et du périmètre de la démarche qualité. L'action doit être planifiée en fonction d'un agenda clair. Après la planification, il convient de mettre en place une organisation du travail ou d'analyser de façon critique l'organisation existante : « *c'est la mise en place du système de management de la qualité* ». Il faut ensuite observer le bon fonctionnement du système en conformité avec la documentation et mettre en place les actions d'amélioration. L'IRD synthétise la démarche de certification selon la norme ISO 9001 en quatre phases qui sont :

- la phase de planification ;
- la phase de mise en œuvre du système de management de la qualité ;
- la phase d'évaluation du système de management de la qualité ;
- la phase d'évolution du système de management de la qualité.

Le processus conduisant à la certification ISO 9001 dépend d'un certain nombre de facteurs tels que la conviction du dirigeant vis-à-vis de la démarche qualité, les demandes des clients pour que l'entreprise soit certifiée, le degré d'implication du personnel, etc. (Canard, 2009). Cet auteur synthétise la démarche de certification en huit (08) étapes qui sont décrites ci-après :

- *Etape 1 : L'étude d'opportunités;*
- *Etape 2 : L'audit initial;*
- *Etape 3 : L'organisation et la planification du projet ;*
- *Etapes 4 : La conception du système qualité ;*
- *Etape 5 : L'application du système qualité;*
- *Etape 6 : L'audit à blanc ;*
- *Etape 7 : La certification ;*
- *Etape 8 : Le renouvellement de la certification.*

Comme on peut le constater, la mise en place du système de management de la qualité constitue le pilier indispensable pour toute organisation qui souhaite obtenir la certification ISO 9001. Les étapes de la démarche de certification peuvent donc varier selon le niveau de préparation de la structure, c'est-à-dire selon que le SMQ est déjà opérationnel ou à mettre en place. En guise de synthèse des écrits, la démarche de certification comporte les étapes ci-après :

- préparer et communiquer ;
- former les acteurs ;
- identifier les processus de l'entreprise
- obtenir un consensus sur les processus ;
- nommer les pilotes de processus ;
- établir les documents descriptifs ;
- définir le niveau d'exigence et de documentation applicable à chaque processus ;
- s'assurer de la conformité avec la norme ;
- mettre en application et s'en assurer ;
- définir et mettre en œuvre les dispositions de pilotage (dispositions managériales).
- constituer l'équipe d'audit ;
- réaliser le pré-audit ;
- réaliser l'audit de certification ;
- assurer l'évaluation du dossier et la décision ;
- faire le suivi de la certification (audit de suivi et audit de rectification) ;
- assurer le renouvellement de la certification.

Pour ce qui concerne, le cas du CHU-BC, il s'est agi dans un premier temps de mettre en place un système de management de la qualité et de procéder dans un deuxième temps à la certification. Ainsi, la démarche de certification au CHU-BC a suivi les étapes suivantes :

- faire le diagnostic de l'existant ;
- mettre en place la politique qualité ;
- nommer le responsable qualité ;
- obtenir un consensus sur les processus et le périmètre de certification ;
- nommer les pilotes et copilotes des processus ;
- définir et mettre en application les dispositions managériales ;
- former les pilotes et copilotes ;
- élaborer les documents en conformité avec les exigences de la norme ISO 9001/2008 ;
- réaliser les audits internes et mettre en application les recommandations ;
- réaliser les enquêtes de satisfaction des usagers et le suivi des rectifications ;
- réaliser l'audit externe et l'audit à blanc ;
- faire appel à un organisme certificateur pour l'audit de certification ;
- assurer le suivi du dossier, l'évaluation et la décision ;
- se préparer pour le renouvellement de la certification.

2.3 Cadre de référence : Norme ISO 9001/2008

La norme ISO 9001 fait partie de la famille ISO 9000 qui correspond à un ensemble de référentiels de bonnes pratiques de management en matière de qualité, publiées par l'organisation internationale de normalisation (ISO). C'est un outil fédérateur de management qui favorise l'échange entre les membres de l'équipe et l'implication de tous dans le choix des meilleures pratiques. Elle permet une meilleure interchangeabilité grâce à une standardisation des pratiques et des techniques documentaires (Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 2012). Il s'agit d'une norme qui établit un ensemble d'exigences normalisées pour certifier un SMQ indépendamment du type, du domaine d'activité et de la taille de l'organisme utilisateur qu'il soit dans le secteur privé ou dans le secteur public (Barry et coll., 2016 ; Fall, 2013).

Les exigences de cette norme, fondées principalement sur les principes de management de la qualité se focalisent sur la mise en place des processus nécessaires au SMQ, la maîtrise de ces processus, la mise à disposition des ressources nécessaires, la mesure et les actions

d'amélioration de ces processus. Ces exigences sont regroupées en chapitres comme suit (NF EN ISO 9001 : 2008-11):

- 1- Exigences générales : L'organisme doit établir, documenter, mettre en œuvre et entretenir un système de management de la qualité et en améliorer de manière continue, l'efficacité conformément aux exigences de la norme ISO 9001/2008.
- 2- Exigences relatives à la documentation : L'organisme doit disposer de la documentation relative au système de management de la qualité, comprenant a) l'expression documentée de la politique qualité et des objectifs qualité; b) un manuel qualité; c) les procédures documentées et les enregistrements exigés par la Norme ISO 9001/2008; d) les documents, y compris les enregistrements, jugés nécessaires par l'organisme pour assurer la planification, le fonctionnement et la maîtrise efficaces de ses processus.
- 3- Responsabilité de la direction : La direction de l'entreprise doit fournir la preuve de son engagement vis-à-vis du développement et de la mise en œuvre du système de management de la qualité ainsi que de l'amélioration continue de son efficacité. Il résulte de cet engagement un ensemble d'actions formalisées telles que a) communiquer au sein de l'organisme l'importance à satisfaire les exigences des clients ainsi que les exigences réglementaires et légales; b) établir la politique qualité; c) assurer que les objectifs qualités sont établis; d) mener des revues de direction et e) assurer la disponibilité des ressources.
- 4- Management des ressources : L'organisme doit déterminer et fournir les ressources nécessaires pour a) mettre en œuvre et entretenir le système de management de la qualité et améliorer en permanence son efficacité; b) accroître la satisfaction des clients en respectant leurs exigences.
- 5- Réalisation du produit : L'organisme doit planifier et développer les processus nécessaires à la réalisation du produit. La planification de la réalisation du produit doit être cohérente avec les exigences relatives aux autres processus du système de management de la qualité. Lors de la planification de la réalisation du produit, l'organisme doit déterminer, selon le cas, a) les objectifs qualité et les exigences relatives au produit; b) la nécessité de mettre en place des processus, d'établir des documents et de fournir des ressources spécifiques au produit; c) les activités requises de vérification, validation, surveillance, mesure, contrôle et essai spécifiques au produit et les critères d'acceptation du produit; d) les enregistrements nécessaires pour apporter la preuve que

les processus de réalisation et le produit résultant satisfont aux exigences de la norme. Les éléments de sortie de cette planification doivent se présenter sous une forme adaptée au mode de fonctionnement de l'organisme.

- 6- *Mesure, analyse et amélioration* : L'organisme doit planifier et mettre en œuvre les processus de surveillance, de mesure, d'analyse et d'amélioration nécessaires pour a) démontrer la conformité aux exigences relatives au produit; b) assurer la conformité du système de management de la qualité; c) améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité.

Ceci doit inclure la détermination des méthodes applicables, y compris les techniques statistiques, ainsi que l'étendue de leur utilisation. L'organisme doit améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité en utilisant la politique qualité, les objectifs qualité, les résultats d'audits, l'analyse des données, les actions correctives et préventives ainsi que la revue de direction.

La norme ISO 9001/2008 propose donc un modèle de système de management de la qualité fondé sur les processus. La figure 2 présente ledit modèle (NF EN ISO 9001 : 2008-11).

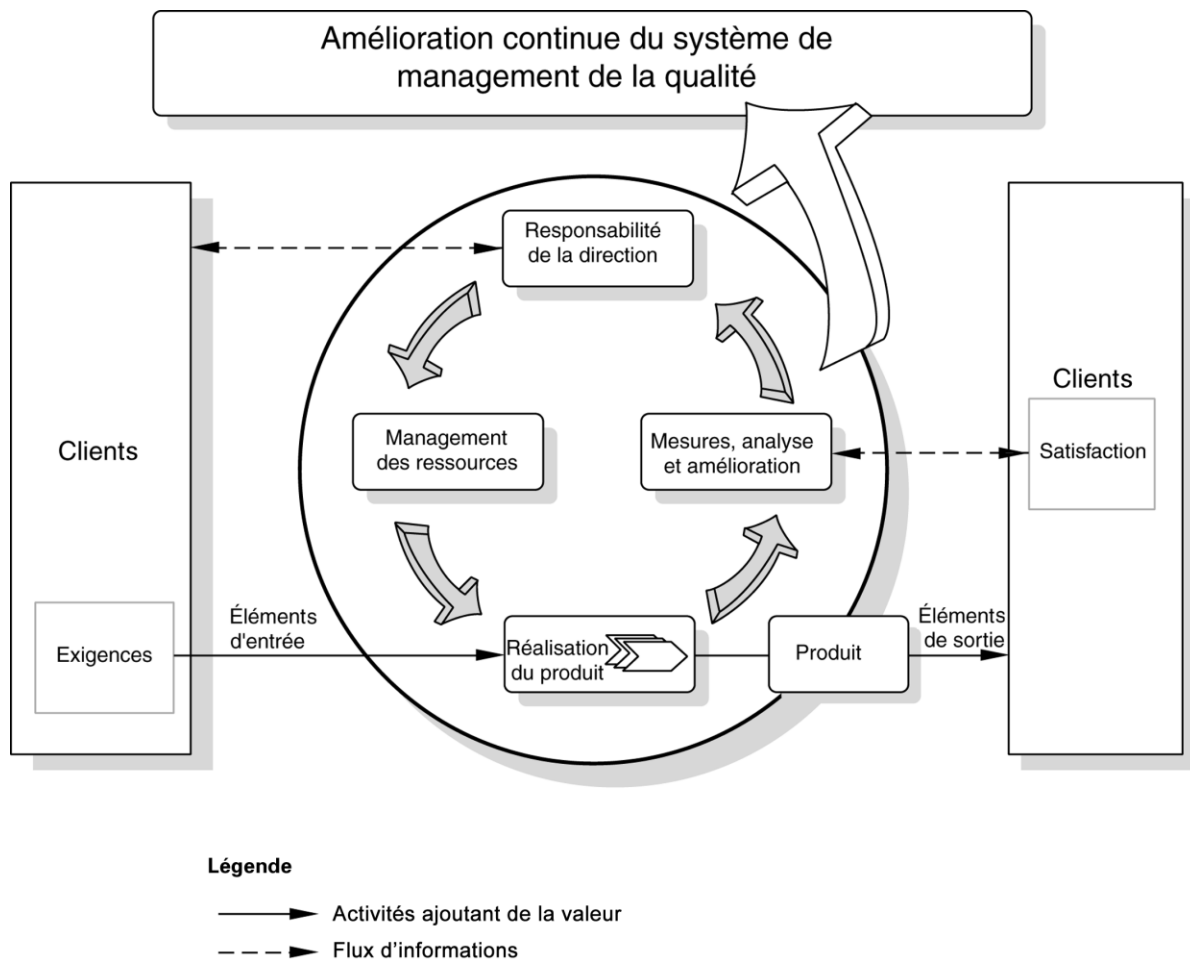


Figure 2- Modèle de système de management de la qualité basé sur les processus.

Source : NF EN ISO 9001 (2008)-11 : Systèmes de management de la qualité – Exigences

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale visant à recueillir des données quantitatives et qualitatives se rapportant à la conduite de la démarche de certification au CHU-BC afin d'analyser le niveau de satisfaction du personnel et celui des clients conformément aux exigences de la norme ISO 9001/2008 qui constitue le référentiel initial et d'apporter enfin des recommandations en termes de mesures d'accompagnement du projet de certification au CHU-BC.

3.2 Délimitation du champ d'étude (périmètre de certification)

La mise en place du système de management de la qualité a nécessité le développement de vingt-un (21) processus couvrant pratiquement l'ensemble des entités des prestations de services offertes par le CHU-BC. Cependant le périmètre de certification cible dix processus qui sont :

Processus de management

- Manager la qualité (MQ)
- Piloter l'amélioration continue (PAC)

Processus de réalisation

- Prendre en charge les patients ambulatoires de pédiatrie (CS-P)
- Prendre en charge les patients ambulatoires de spécialités (CS-SC)

Processus support

- Accueillir et enregistrer le patient (AE)
- Assurer le traitement des dispositifs médicaux réutilisables (STE)
- Gérer les ressources humaines (GRH)
- Gérer les infrastructures et le matériel (GIM)
- Assurer l'hygiène et l'hôtellerie (HH)
- Gérer les ressources financières (GRF)

3.3 Population de l'étude

La population cible de l'étude est constituée de deux groupes dont celui du personnel et des patients/accompagnants.

3.3.1 Groupe du personnel

Il concerne :

- l'ensemble des directeurs (qui sont les responsables de processus du périmètre de certification) ;
- l'ensemble des pilotes et copilotes des processus inclus dans le périmètre de certification.

Critères d'inclusion :

- être en poste dans les services retenus pour la certification depuis au moins deux ans ;
- accepter participer à l'étude.

Critères de non inclusion :

- être directeur, pilote ou copilote des processus hors périmètre de certification ;
- être directeur, pilote ou copilote des processus du périmètre de certification et refuser de participer à l'étude.

3.3.2 Groupe de patients/accompagnants

Il concerne les patients/accompagnants bénéficiaires des services au niveau des processus du périmètre de certification au cours de la période de l'enquête.

Critères d'inclusion :

- avoir bénéficié d'au moins une consultation dans les services du périmètre de certification et être présent au moment de la période de collecte des données ;
- accepter participer à l'étude.

Critères de non inclusion :

- être patient/accompagnant bénéficiaire de services au niveau des processus hors périmètre de certification ;
- être patient/accompagnant bénéficiaire de services au niveau des processus du périmètre de certification et refuser de participer à l'étude.

3.4 Échantillonnage

Pour des raisons d'ordre pratique et de temps, l'enquête a couvert essentiellement les services inclus dans les processus du périmètre de certification, notamment dix processus sur les vingt-un du CHU-BC. Ainsi, tous les directeurs, les pilotes et copilotes des processus du périmètre de certification ainsi que les patients /accompagnants présents pendant la période de la collecte des

données et répondant aux critères d'inclusion ont tous été considérés dans les deux groupes d'échantillons.

3.4.1 Méthode d'échantillonnage

L'ensemble des directeurs, pilotes et copilotes des processus du périmètre de certification a constitué le groupe du personnel tandis que la méthode non probabiliste ou échantillonnage accidentel a été utilisé pour constituer l'échantillon des patients/accompagnants.

3.4.2 Technique d'échantillonnage et taille des échantillons

Tous les directeurs, pilotes et copilotes des processus du périmètre de certification, répondant aux critères d'inclusion et qui étaient présents durant la période (29 Septembre au 15 Novembre 2016) de l'enquête ont constitué le groupe du personnel. Il est composé de vingt-six (26) personnes.

Pour ce concerne le deuxième groupe, nous avons procédé au choix des patients/accompagnants, répondant aux critères d'inclusion au fur et à mesure jusqu'à la clôture de la période des six semaines retenues (29 Septembre au 15 Novembre 2016) de l'enquête. Ainsi, un total de cent cinq (105) personnes a constitué le groupe des patients/accompagnants.

3.4.3 Techniques et Instruments de collecte de données

Comme techniques, nous avons utilisé l'analyse documentaire et l'enquête par questionnaire.

- Revue documentaire

La recherche documentaire a consisté à rassembler les documents (rapports d'études, documents administratifs, manuels de procédure, projet d'établissement etc.) relatifs à la mise en place du système de management de la qualité dans la perspective de la certification du CHU-BC et à les analyser par la suite. Cette revue documentaire nous a permis d'une part, de mieux appréhender les enjeux de la mise en place d'un système de management qualité dans l'univers hospitalier et d'autre part, d'acquérir des informations sur le niveau d'évolution du projet de certification.

- Questionnaires

Des questionnaires (voir partie annexe III et IV) ont été élaborés à l'intention du personnel (directeurs, pilotes et copilotes) impliqués dans le projet de certification et des patients/accompagnants afin d'apprécier leurs niveaux de satisfaction et leurs attentes d'une part

par rapport à la conduite de la démarche de certification et d'autre part par rapport à la qualité de services offertes par le CHU-BC.

Les questionnaires ont été administrés au personnel et aux patients/accompagnants par trois enquêteurs, recrutés parmi le personnel. Tous ont reçu une formation sur les objectifs de l'étude, la méthodologie, les règles de conduite d'une enquête, le contenu et l'utilisation des questionnaires. Cette formation a aussi servi de pré-test ayant ainsi permis de reformuler certains items et de retenir quatre niveaux d'appréciation (très satisfait, satisfait, insatisfait, très insatisfait) des questionnaires. Le cinquième niveau (sans opinion) a été supprimé sur proposition des enquêteurs.

3.5 Technique de traitement des données

Après la collecte des données qui a duré six semaines (29 Septembre au 15 Novembre 2016), nous avons procédé à un dépouillement manuel. Le traitement des données a été réalisé sur Word. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

3.6 Considérations éthiques

Le projet de recherche de fin d'études au programme de Master spécialisé M2 en Qualité Hygiène Sécurité Environnement (M2 QHSE) a été approuvé par l'équipe pédagogique de la Fondation 2IE. Le démarrage effectif des activités de recherche a fait suite à l'octroi d'une autorisation officielle du Directeur Général du CHU-BC en réponse à la requête que nous lui avons adressée (voir partie annexe II). Aussi, la participation des enquêtés a été consécutive à un consentement libre et éclairé. En effet, tous les enquêtés ont été informés du but de l'étude et de la nature de leur participation, du respect strict de l'anonymat et de la confidentialité, de la durée de leur participation et leur liberté de ne pas prendre part ou de participer et de se retirer à tout moment du processus sans que cela ne leur porte aucun préjudice. En sus, aucune contrainte n'a été exercée sur leur décision à participer ou non à l'enquête.

3.7 Difficultés et contraintes

En termes de difficultés et de contraintes, on peut retenir :

- l'indisponibilité de certains directeurs, pilotes et copilotes pour compléter et retourner le questionnaire aux enquêteurs dans le temps imparti, ayant ainsi occasionné de multiples reports de rendez-vous ;
- l'absence du médecin ophtalmologiste pendant toute la période de l'enquête pour congé annuel. Ce qui n'a pas permis d'avoir des participants bénéficiaires des services ophtalmologiques qui relèvent pourtant du processus : « prise en charge des patients ambulatoires de spécialités », comportant les consultations en Odontostomatologie et en ophtalmologie ;
- les avis des accompagnants à la place des patients pour ce qui concerne la pédiatrie qui pourraient être entassés de subjectivisme. Cependant, cela a été pallié par le fait que ces derniers étant les répondants des enfants, ils peuvent apprécier au mieux les services qui leurs sont offerts. Les enquêteurs ont dû prendre plus de temps pour expliquer aux parents des enfants afin d'acquiescer leur consentement de participation à l'étude.

CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre présente, interprète et analyse les différents résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès des acteurs de la démarche de certification et des utilisateurs des services du CHU-BC. Il s'articule autour de trois principaux points qui sont :

- Les caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques de la population de l'étude ;
- Les résultats sur la satisfaction du personnel ;
- Les résultats sur la satisfaction des patients/accompagnants

4.1 Les caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques de la population de l'étude

4.1.1 Les caractéristiques socio-professionnelles du personnel enquêté

4.1.1.1 Répartition du personnel enquêté selon la catégorie professionnelle et selon le sexe

Le tableau II présente la répartition du personnel enquêté selon la catégorie professionnelle et le sexe.

Tableau II : Répartition du personnel enquêté suivant la catégorie professionnelle et le sexe

Catégorie professionnelle	Effectif	Sexe	
		Masculin	Féminin
Médecin	3	2	1
Pharmacien	1	0	1
Attaché de santé	6	5	1
Infirmier diplômé d'Etat	0	0	0
Sage-femme : Maïeuticien d'Etat	0	0	0
Personnel DFC	3	2	1
Personnel de DARH	7	3	4
Rattaché à DG	3	1	2
Personnel DSM	1	0	1
Personnel DSIO	0	0	0
Autres	2	1	1
Total	26	14	12

Pourcentage	100%	54	46
--------------------	------	----	----

Le personnel ayant participé à l'enquête est composé de 12 femmes (46%) et de 14 hommes (54%). La domination masculine pourrait s'expliquer par le fait que les processus du périmètre concerné par la certification soient placés majoritairement sous la responsabilité de professionnel masculin. En plus de cela, aucune sage-femme n'a participé à l'enquête car ne répondant pas aux critères d'inclusion.

4.1.1.2 Répartition du personnel enquêté selon le niveau de responsabilité et l'ancienneté dans le service

Le tableau III présente la répartition du personnel enquêté selon le niveau de responsabilité et l'ancienneté dans le service.

Tableau III : Répartition du personnel enquêté selon le niveau de responsabilité et l'ancienneté dans le service

Niveau de responsabilité	Effectif	Ancienneté dans le service	
		2-3 ans	4 ans et plus
Directeur	4	0	4
Pilote de processus	10	1	9
Co-Pilote de processus	12	4	8
Total	26	5	21
Pourcentage		19%	81%

Sur un total de 26 professionnels qui ont pris part à l'enquête, on note : 4 directeurs, 10 pilotes et 12 co-pilotes de processus. La plupart de ces enquêtés enregistrent plus de 4 ans d'ancienneté dans leurs postes respectifs, soit 81% contre 19% qui cumulent 2 à 3 ans. Cette forte majorité est un atout important dans la conduite de la démarche de certification au CHU-BC, étant donné que tous les enquêtés étaient présents au démarrage du projet. On pourrait donc croire que leur implication depuis le développement à la conduite du projet est un levier important pour le succès de celui-ci.

4.1.1.3 Répartition du personnel enquêté selon les processus du périmètre de certification

Le tableau IV dresse le portrait du personnel enquêté selon les processus du périmètre de certification.

Tableau IV : Répartition du personnel enquêté suivant les processus du périmètre de certification

Processus de certification	Effectif
Manager la qualité (MQ)	2
Piloter l'amélioration continue (PAC)	2
Prendre en charge les patients ambulatoires de pédiatrie (CS-P)	2
Prendre en charge les patients ambulatoires de spécialités (CS-SC)	2
Accueillir et enregistrer le patient (AE)	3
Assurer le traitement des dispositifs médicaux réutilisables (STE)	2
Gérer les ressources humaines (GRH)	3
Gérer les infrastructures et le matériel (GIM)	3
Assurer l'hygiène et l'hôtellerie (HH)	3
Gérer les ressources financières (GRF)	3
Processus non identifié	1
Total	26

Le nombre de participants par processus varie entre 2 et 3 enquêtés. Cela s'explique par le fait que certaines unités ont été regroupées pour former un processus et placées sous la responsabilité d'un directeur. Toutefois, cela démontre aussi une certaine homogénéité dans la participation des pilotes et co-pilotes des processus du périmètre de certification, permettant ainsi à chacun d'exprimer librement sa satisfaction sur la conduite de la démarche de certification au CHU-BC, d'en identifier les difficultés rencontrées et de faire des suggestions en termes d'amélioration. C'est aussi une opportunité qui peut inciter davantage le personnel enquêté à s'investir éventuellement dans la mise en œuvre des recommandations qu'il a lui-même faites en vue de la réussite du projet de certification.

4.1.2 Les caractéristiques socio-démographiques des patients/accompagnants enquêtés

4.1.2.1 Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon l'âge

Le tableau V présente la répartition des patients/accompagnants enquêtés selon l'âge

Tableau V : Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon l'âge (N= 105)

Patients/accompagnants enquêtés	Ages						Total
	<15 ans	15-20 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50 ans et plus	
Patients	1	2	8	17	9	6	43
Accompagnants	0	0	15	30	14	3	62
Total	1	2	23	47	23	9	105

Le tableau V indique que sur les 105 patients/accompagnants enquêtés, la large majorité est âgée de 20 ans et plus. Ce qui constitue un atout eu égard à la maturité des enquêtés (âge adulte) qui devrait leur permettre de répondre en toute liberté et avec franchise au questionnaire qui leur a été adressé.

4.1.2.2 Répartition des patients /accompagnants enquêtés selon le sexe

Le tableau VI présente la répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le sexe

Tableau VI : Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le sexe (N= 105)

Patients/accompagnants enquêtés	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Patients	15	28	43
Accompagnants	15	47	62
Total	30	75	105
Pourcentage	29%	71%	100%

La grande majorité des patients/accompagnants enquêtés sont de sexe féminin, soient 71% contre 29% qui sont de sexe masculin. Cela s'explique par le fait que les femmes sont plus habilitées à accompagner les patients, surtout les enfants en bas âge et les personnes âgées.

4.1.2.3 Répartition des patients /accompagnants enquêtés selon le niveau d'instruction

Le tableau VII dresse la répartition des patients/accompagnants enquêtés en fonction du niveau d'instruction.

Tableau VII : Répartition des patients/accompagnants enquêtés en fonction du niveau d'instruction (N= 105)

Patients/accompagnants enquêtés	Niveau d'instruction			Total
	Primaire	Secondaire	Supérieure	
Patients	4	24	13	41
Accompagnants	6	28	30	64
Total	10	52	43	105
Pourcentage	9%	50%	41%	100%

Les patients/accompagnants enquêtés ont un niveau d'instruction qui est le suivant : le primaire 9%, secondaire 50% et 41% pour le supérieur. Ce qui constitue un levier important pour une meilleure compréhension des questions qui leur ont été posées et une potentielle fidélité des réponses et suggestions qui ont été proposées par les enquêtés.

4.1.2.4 Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le nombre de visites au CHU-BC

Le tableau VIII présente la répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le nombre de visites au CHU-BC

Tableau VIII : Répartition des patients/accompagnants enquêtés selon le nombre de visites au CHU-BC (N= 105)

Patients/accompagnants enquêtés	Nombre de visites au CHU-BC		Total
	1 Visites	2 Visites et plus	
Patients	16	24	40
Accompagnants	13	52	65
Total	29	76	105
Pourcentage	28%	72%	100%

Au vu des résultats du tableau 8, on constate que 72% des enquêtés ont effectué plus de 2 visites contre 28% qui sont à leur première visite au CHU-BC. Cela constitue une expérience enrichissante pour une meilleure connaissance des prestations de services offertes par la structure

à ses utilisateurs. Toute chose qui a dû avoir un effet positif en terme de motivation des enquêtés à participer à l'étude et à faire des suggestions visant à améliorer la qualité des prestations au CHU-BC.

4.2 Les résultats sur la satisfaction du personnel

4.2.1 Niveaux de satisfaction du personnel sur l'engagement de la direction, la collaboration entre équipes, l'implication/participation, les exigences clients et la maintenance des infrastructures/équipements

Les tableaux IX, X, XI, XII et XIII présentent respectivement les niveaux de satisfaction du personnel au regard de l'engagement de la direction, de la collaboration entre équipes, de l'implication/participation, des exigences clients et de la maintenance des infrastructures/équipements.

Tableau IX : Niveau de satisfaction du personnel à l'égard de l'engagement de la direction (N=26)

Engagement de la direction	Très Satisfait	Satisfait	Total très satisfait /satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait	Total insatisfait / très insatisfait	Non Répondants	Nombre Répondants
1- La définition et la formalisation de la politique qualité	38%	62%	100%	0%	0%	0%	0	26
2- La nomination d'un responsable qualité	58%	42%	100%	0%	0%	0%	0	26
3- La création d'un comité de pilotage de la démarche de certification.	42%	54%	96%	4%	0%	4%	0	26
4- La politique interne de communication sur la démarche de certification	8%	35%	43%	50%	8%	58%	0	26
5- La mise en place des ressources matérielles et humaines pour mener à bien la démarche de certification	12%	38%	50%	46%	4%	50%	0	26
6- La conduite des revues de direction	11%	46%	57%	35%	8%	43%	0	26
7- Le suivi des efforts et des	12%	38%	50%	42%	8%	50%	0	26

résultats

Pour ce qui concerne l'engagement de la direction, les items 1, 2 et 3 relatifs à la définition et formalisation de la politique qualité, la nomination d'un responsable qualité, la création d'un comité de pilotage de la démarche de certification enregistrent un fort taux cumulatif de satisfaction (Total très satisfait et satisfait) du personnel enquêté, respectivement de 100% pour les deux premiers items et 96% pour le dernier.

Par contre, on remarque que près de la moitié du personnel enquêté présente un taux cumulatif d'insatisfaction (Total insatisfait et très insatisfait) de 43% pour ce qui est de la conduite des revues de direction; tandis que la moitié et plus sont respectivement insatisfait avec des taux cumulatifs de 50% pour la mise en place des ressources matérielles et humaines en vue de mener à bien la démarche de certification ainsi que du suivi des efforts et des résultats, de 58% pour la politique interne de communication sur la démarche de certification.

Tableau X: Niveau de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration entre équipes (N=26)

Collaboration entre équipes	Très Satisfait	Satisfait	Total très satisfait /satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Total insatisfait / très insatisfait	Non Répondants	Nombre Répondants
8-La disponibilité des collaborateurs pour les activités liées au projet qualité	8%	31%	39%	62%	0%	61%	0	26
9- La circulation de l'information	4%	19%	23%	62%	15%	77%	0	26
10- Le partage des bonnes pratiques sur la démarche qualité	8%	38%	46%	46%	8%	54%	0	26
11- L'ambiance du travail	8%	80%	88%	12%	0%	12%	0	26
12- Mon niveau d'information sur le rôle et les responsabilités des différentes instances de coordination de la	15%	65%	80%	15%	4%	19%	0	26

mise en place du
SMQ

La rubrique collaboration entre équipes enregistre des taux cumulatifs d'insatisfaction (Total insatisfait et très insatisfait) élevés du personnel enquêté, respectivement de 61% pour ce qui concerne la disponibilité des collaborateurs pour les activités liées au projet qualité ; de 77% pour la circulation de l'information et de 54% pour le partage des bonnes pratiques sur la démarche qualité. En revanche, le personnel enquêté exprime sa satisfaction avec des taux cumulatifs (Total très satisfait et satisfait) de 88% pour l'ambiance du travail et de 80% pour leur niveau d'information sur le rôle et les responsabilités des différentes instances de coordination de la mise en place du SMQ.

Tableau XI : Niveau de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication/participation (N=26)

Implication/Participation	Très Satisfait	Satisfait	Total très satisfait /satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait	Total insatisfait très insatisfait	Non Répondants	Nombre Répondants
13- Le développement de la formation continue et les plans de carrière	0%	23%	23%	69%	8%	77%	0	26
15- La définition des responsabilités et des autorités des acteurs	19%	65%	84%	15%	0%	15%	0	26
16- Ma compréhension de mes rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la démarche qualité	34%	58%	92%	8%	0%	8%	0	26
17- La reconnaissance et la récompense du travail bien fait de la part de la hiérarchie	19%	11%	30%	58%	12%	70%	0	26
18- La prise en compte des mesures de satisfaction du personnel par des actions concrètes	4%	19%	23%	69%	8%	77%	0	26
19- Mon investissement dans la démarche qualité (participation aux	19%	58%	77%	23%	0%	23%	0	26

réunions, travaux de groupes du projet de certification etc.)									
20- Ma motivation dans la démarche qualité	34%	31%	65%	27%	8%	35%	0	26	
21- Mon adhésion aux nouvelles méthodes de travail (application des procédures qualité et instructions de travail)	27%	50%	77%	23%	0%	23%	0	26	

Pour ce qui concerne l'implication/participation du personnel enquêté dans la conduite de la démarche de certification au CHU-BC, on note que les items en lien avec le développement de la formation continue et les plans de carrière, la prise en compte des mesures de satisfaction du personnel par des actions concrètes ainsi que la reconnaissance et la récompense du travail bien fait de la part de la hiérarchie présentent des forts taux cumulatifs d'insatisfaction (Total insatisfait et très insatisfait), respectivement de 77% et 70% .

Par ailleurs, le personnel enquêté marque sa satisfaction avec des taux cumulatifs assez forts (Total très satisfait et satisfait) concernant son implication/participation sur la définition des responsabilités et des autorités des acteurs à 84% ; sa compréhension de ses rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la démarche qualité à 92% ; son investissement dans la démarche qualité et son adhésion aux nouvelles méthodes de travail à 77% et enfin sur sa motivation dans la démarche qualité à 65%.

Tableau XII : Niveau de satisfaction du personnel à l'égard de la prise en compte des exigences clients (N=26)

Exigences Clients	Très satisfait	Satisfait	Total très satisfait /satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Total insatisfait/ très insatisfait	Non Répondants	Nombre Répondants
22- La prise en compte des droits du patient dans les orientations stratégiques, les différents documents institutionnels	27%	58%	85%	11%	4%	15%	0	26

relatifs au personnel (projet de service, règlement intérieur, contrat de travail)									
23- La communication interne et la sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients.	4%	50%	54%	42%	4%	46%	0	26	
24- L'analyse du fonctionnement du CHU-BC par rapport aux attentes des clients.	8%	46%	54%	42%	4%	46%	0	26	
25- La réalisation des enquêtes sur les points de vue et les attentes des clients	15%	65%	80%	15%	4%	19%	0	26	
26- La prise en compte de l'avis des usagers dans l'amélioration des soins et services offerts par le CHU-BC	12%	46%	58%	42%	0%	42%	0	26	
27- La mise en œuvre d'actions d'amélioration relatives aux réclamations et plaintes des patients et de leur entourage	8%	54%	62%	38%	0%	38%	0	26	
28- La formalisation de la méthode utilisée pour collecter les données de satisfaction des clients	8%	68%	76%	20%	4%	24%	1	25	

D'une manière générale, le personnel enquêté est satisfait de la prise en compte des exigences clients comme l'attestent les résultats du tableau XII. On note que les taux cumulatifs de

satisfaction (Total très satisfait et satisfait) dépassent largement les 50% pour ce qui concerne l'ensemble des items. Ils sont respectivement de 85% pour la prise en compte des droits du patient dans les orientations stratégiques, les différents documents institutionnels relatifs au personnel ; 54% pour la communication interne et la sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients ainsi que pour l'analyse du fonctionnement du CHU-BC par rapport aux attentes des clients ; 80% pour la réalisation des enquêtes sur les points de vue et les attentes des clients ; 58% pour la prise en compte de l'avis des usagers dans l'amélioration des soins et services offerts par le CHU-BC ; 62% pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration relatives aux réclamations et plaintes des patients et de leur entourage et enfin de 76% pour ce qui est de la formalisation de la méthode utilisée pour collecter les données de satisfaction des clients.

Ces taux de satisfaction du personnel sur les exigences clients seront confrontés à ceux des patients/accompagnants enquêtés (ci-dessous) pour une meilleure interprétation et analyse.

Tableau XIII : Niveau de satisfaction du personnel à l'égard de la Maintenance des infrastructures/Equipements (N=25)

Maintenance des infrastructures /équipements	Très Satisfait	Satisfait	Total très satisfait /satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Total insatisfait/ très insatisfait	Non Répondants	Nombre Répondants
29- La politique générale de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux.	0%	24%	24%	68%	8%	76%	1	25
30- Les procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence.	0%	12%	12%	72%	16%	88%	1	25
31- Le plan de maintenance préventive	0%	24%	24%	60%	16%	76%	1	25
32- La coordination de la maintenance curative	0%	28%	28%	60%	12%	72%	1	25
33- La maîtrise des appareils utilisés	12%	40%	52%	44%	4%	48%	1	25
34- La formation du personnel sur l'utilisation d'un	8%	40%	48%	44%	8%	52%	1	25

nouvel appareil mis à sa disposition

L'insatisfaction du personnel enquêté concernant la maintenance des infrastructures/équipements est très remarquable au vue des résultats du tableau XIII. A l'exception de l'item 33 en relation avec «la maitrise des appareils utilisés» qui présente un taux cumulatif de satisfaction (Total très satisfait et satisfait) de 52%, tout le reste des items (29, 30, 31, 32 et 34) enregistre des taux cumulatifs d'insatisfaction (Total insatisfait et très insatisfait) de plus de 50%. Ils sont respectivement de 76% pour la politique générale de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux ainsi que pour le plan de maintenance préventive ; 88% pour les procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence ; 72% pour la coordination de la maintenance curative et de 52% pour la formation du personnel sur l'utilisation d'un nouvel appareil mis à sa disposition.

4.2.2 Les difficultés rencontrées dans la conduite de la démarche de certification et les suggestions d'amélioration proposées par le personnel enquêté.

La synthèse des difficultés rencontrées et les suggestions proposées par le personnel enquêté a été faite à l'annexe VI. Ces difficultés et suggestions ont été présentées tel que reçues mais nous les avons regroupées selon les rubriques (engagement de la direction, collaboration entre équipes, implication/participation, exigences clients, maintenance des infrastructures/équipements).

On note que les préoccupations du personnel enquêté se focalisent sur trois dimensions essentielles : l'engagement de la direction, l'implication/participation du personnel et la maintenance des infrastructures/équipements. Ainsi, des insuffisances liées à la communication, l'implication active du personnel, les formations des acteurs, la maintenance tant curative que préventive, le dispositif managérial etc. ont été formulées par les enquêtés. Face à ces difficultés, des suggestions ont été faites par ledit personnel afin de renforcer les acquis et d'améliorer les éléments d'insatisfaction. La prise en compte de ces suggestions par le management nous paraît indispensable pour une gestion efficace et efficiente de la démarche de certification au CHU-BC.

4.3 Les résultats sur la satisfaction des patients/accompagnants enquêtés

4.3.1 Niveau de satisfaction des patients/accompagnants enquêtés sur l'accueil/accessibilité, la qualité humaine du personnel, l'information médicale et l'impression générale sur la consultation

D'une manière globale, les patients/accompagnants enquêtés sont satisfaits de la qualité des services qui leur sont offerte au CHU-BC. En effet, la cumulation des taux de satisfaction (Total satisfait et très satisfait) de l'ensemble des dimensions vont de 71% à 96%. Les taux de satisfaction les plus faibles ont été enregistrés au niveau de l'accueil/accessibilité en lien avec le temps d'attente avant d'avoir la consultation et la courtoisie de l'agent d'accueil qui sont respectivement de 71% et 74%.

Cela est en corrélation avec les forts taux cumulatifs de satisfaction (Total très satisfait et satisfait) du personnel à l'égard de la prise en compte des exigences clients, enregistrés au niveau du tableau XII. Cependant, bien que satisfaits, les patients/accompagnants enquêtés n'ont pas manqué de faire des suggestions en guise de renforcement des acquis et d'amélioration des points d'insuffisance. La synthèse de l'ensemble des résultats est présentée à l'annexe VI.

4.3.2 Les suggestions des patients/accompagnants enquêtés

A la suite de la synthèse des résultats sur le niveau de satisfaction des patients/accompagnants enquêtés, l'annexe VI présente aussi les suggestions faites par ces derniers en vue d'améliorer la qualité des prestations de services au CHU-BC. Ces suggestions sont présentées tel que reçues mais regroupées suivant les rubriques : accueil/accessibilité, qualité humaine du personnel, information médicale et impression générale sur la consultation.

On constate que les préoccupations majeures des enquêtés se focalisent sur l'amélioration de l'accueil, surtout au niveau de la caisse ; le renforcement des panneaux de signalisation pour une meilleure orientation des patients/accompagnants ; le renforcement de la visibilité du CHU-BC vis-à-vis de la population, l'amélioration du confort des patients/accompagnants à travers la maintenance des sanitaires, l'augmentation du nombre de chaises des salles d'attente etc. La prise en compte de ces suggestions par le management renforcera sans nul doute la satisfaction de la clientèle du CHU-BC, condition sine qua none de la réussite du projet de certification.

CHAPITRE V : DISCUSSION

La discussion des résultats obtenus est présentée dans ce chapitre sous deux angles qui sont :

- la satisfaction du personnel enquêté ;
- la satisfaction des patients/accompagnants enquêtés

5.1 La satisfaction du personnel enquêté

Cette première partie de la discussion se focalise sur l'engagement de la direction, la collaboration entre équipes et l'implication/participation du personnel, la prise en compte des exigences clients ainsi que la maintenance des infrastructures/équipements.

5.1.1 L'engagement de la direction

La mise en place d'une démarche qualité dans toute structure est un projet d'engagement fort qui demande à la direction une implication très active et explicite. Cet engagement demeure capital pour la réussite du projet (Rieu et coll., 2012). Dans cette optique, l'AFNOR souligne que pour fournir la preuve de son engagement, la direction doit opérationnaliser les actions suivantes :

- communiquer au sein de l'organisation sur l'importance à satisfaire les exigences des clients et les exigences règlementaires et légales ;
- établir la politique et les objectifs qualités ;
- réaliser des revues de direction et garantir la disponibilité des ressources.

L'engagement de la direction au CHU-BC s'est matérialisé par un certain nombre d'actions dont la définition et la formalisation de la politique qualité, la nomination d'un responsable qualité, la création d'un comité de pilotage, l'amélioration de la politique de communication interne, l'octroi des ressources tant humaines que matérielles, la conduite des revues de direction et le suivi des efforts et résultats. Cependant, de l'avis du personnel enquêté, si les trois premiers items présentent respectivement un taux cumulatif de satisfaction importante (de 96% à 100%), on note des insuffisances qui persistent au niveau de la communication interne, la disponibilité des ressources humaines et matérielles ainsi que le suivi des efforts et des résultats qui cumulent respectivement 58% et 50% de taux cumulatifs d'insatisfaction. Pourtant, L'Homme (2008) atteste que pour que la certification ISO aboutisse pleinement, il est indispensable que la direction s'engage au plus haut niveau et accepte de jouer le jeu jusqu'au bout, en soutenant les équipes et en leur donnant les moyens nécessaires pour réaliser les objectifs. En outre, la

communication constitue un des facteurs clés du succès de la démarche qualité et comme le souligne Swansburg (2002), les problèmes liés à la communication ou à son absence sont source d'insatisfaction au travail. Pour Hubinon (1998), la communication doit s'établir au sein des équipes en lien avec les objectifs poursuivis, les types d'actions à mener, les réalisations en cours ainsi que les écarts possibles entre les résultats et les objectifs visés. Elle facilite la circulation de l'information et la cohésion du groupe de travail.

Afin de relever les défis liés à l'engagement de la direction, le personnel enquêté n'a pas manqué de faire des suggestions comme l'amélioration de la communication interne pour permettre à tous les intervenants d'être au même niveau d'information, la tenue de rencontres périodiques sur la démarche qualité avec l'ensemble du personnel du CHU-BC, l'implication de la direction dans la correction des non conformités etc..

5.1.2 La collaboration entre équipes et l'implication/participation du personnel

Si la collaboration entre les équipes de travail constitue un levier important pour la réussite du projet de certification, il n'a demeure pas moins que cette dernière requiert un investissement majeur de la part de chacun des membres des équipes. La collaboration au sein des équipes encourage la conjugaison des dynamiques spécifiques à chaque groupe avec celles qui se créent entre les différents groupes (Aumais et coll., 2012). Cela implique des modes de gestion qui prennent en compte les dynamiques des relations humaines comme l'atteste D'Amour (1998).

Les résultats de l'enquête du personnel sur la collaboration entre les équipes au CHU-BC ont révélé des taux cumulatifs de satisfaction de 80% et 88% pour ce qui concerne le niveau d'information sur le rôle et les responsabilités des différentes instances de coordination de la mise en place du SMQ au CHU-BC ainsi que de l'ambiance du travail. En revanche, on a constaté de fort taux cumulatifs d'insatisfaction concernant la circulation de l'information, la disponibilité des collaborateurs pour les activités liées au projet qualité ainsi que le partage des bonnes pratiques sur la démarche qualité qui sont respectivement de 77%, 62% et de 54%. Il s'avère donc indispensable que des actions d'amélioration soient mises en œuvre en vue de palier rapidement ces insuffisances. Pour ce faire, Il est nécessaire qu'un véritable esprit de collaboration puisse davantage se développer entre les différents acteurs impliqués dans la démarche de certification au CHU-BC. Ceci nécessiterait un engagement de toutes les catégories professionnelles afin d'instaurer un climat de confiance mutuelle, une volonté de partage du

pouvoir et des responsabilités dans les prises de décisions (Sawadogo, 2005) en lien avec la conduite du projet de certification au CHU-BC.

Les résultats de l'enquête concernant l'implication/participation du personnel ont fait ressortir de forts taux cumulatifs de satisfaction à 93% sur la compréhension de leurs propres rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la démarche qualité, respectivement à 84% sur la définition des responsabilités et des autorités des différents acteurs ainsi que de leur motivation dans la démarche qualité. Par contre, on a pu noter de forts taux cumulatifs d'insatisfaction en lien avec le développement de la formation continue et les plans de carrière, la prise en compte des mesures de satisfaction du personnel par des actions concrètes (77%), la reconnaissance et la récompense du travail bien fait de la part de la hiérarchie (70%). Cela dénote l'intérêt que le personnel enquêté porte sur le renforcement des capacités et la valorisation de leur investissement dans la démarche de certification au CHU-BC. En effet, la réussite d'un projet de certification peut difficilement se faire sans l'appui et le soutien des collaborateurs. En outre, le développement des compétences des collaborateurs, la fédération autour d'un projet commun, la mobilisation et la valorisation des collaborateurs semblent être un des motifs moteurs pour la recherche de la certification (Difo, 2013). L'implication du personnel passe par le travail en groupes, la formation, la reconnaissance des résultats ainsi que la communication sur l'état d'avancement de la démarche de certification. Pour y parvenir, Jutras et coll., (2003) attestent que la mise en place d'un processus d'évaluation des performances, de reconnaissance du travail bien fait s'avère indispensable et permet la maximisation du rendement général. Dans le même ordre d'idée, la mise en place d'une unité de suivi-évaluation a été suggérée par le personnel enquêté en vue de renforcer l'implication/participation du personnel du CHU-BC.

5.1.3 La prise en compte des exigences clients

Les résultats de l'enquête ont démontré que le personnel enquêté est majoritairement satisfait de la prise en compte des exigences clients par la direction du CHU-BC. Cela s'est manifesté par des taux cumulatifs de satisfaction qui dépassent largement les 50% pour ce qui concerne l'ensemble des items en passant par la prise en compte des droits du patient, de l'avis des usagers à la mise en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec les plaintes et réclamations des patients et de leur entourage ainsi que la formalisation de la méthode utilisée pour collecter les données de satisfaction des clients. Si on considère que le fondamental de la démarche qualité dans une

entreprise demeure la satisfaction de ses clients, on peut croire que le CHU-BC assume ses responsabilités dans la prise en compte des exigences des utilisateurs des services qui leur sont offerts. Ces efforts d'amélioration devraient être permanents en vue d'instaurer une culture qualité dans une dynamique permettant une meilleure prise en charge des patients au CHU-BC.

5.1.4 La maintenance des infrastructures/équipements

Les résultats enregistrés sur la satisfaction du personnel concernant la maintenance des infrastructures/équipements sont très faibles. En effet, des six items proposés au personnel enquêté, un seul dont celui en lien avec la maîtrise des appareils utilisés a obtenu un taux cumulatif de satisfaction de 52%. Tous les cinq items restant cumulent respectivement des taux d'insatisfaction de 52% pour la formation du personnel à l'utilisation d'un nouvel appareil mis à sa disposition, 72% pour la coordination de la maintenance curative, 76% pour le plan de la maintenance préventif et la politique générale de maintenance des dispositifs médicaux et enfin 88% pour les procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence.

La réussite du projet de démarche de certification dans toute entreprise ne pourra se réaliser sans la mise en place des infrastructures et équipements ainsi que de la maintenance de ces derniers par les hautes autorités. Dans cette perspective, l'OMS (2012), exhorte tout établissement de soins de santé, quelle que soit sa taille et son emplacement à se doter d'un programme de maintenance planifié et mis en œuvre afin de garantir la fiabilité, la sécurité et la disponibilité du matériel médical lorsque celui-ci doit être utilisé dans des méthodes de diagnostic, une thérapie, des traitements ou de surveillance des patients. La mise en œuvre adéquate d'un tel programme permet en outre de prolonger la durée de vie et de garantir le fonctionnement optimal dudit matériel. Ce programme de maintenance qui découle de la politique générale de maintenance doit contenir la maintenance préventive et curative. Selon Cissé (2004), la mise en place d'un plan de maintenance préventive est indispensable dans une politique de maintenance, en ce sens qu'elle permettra de réduire les charges de maintenance curative et de résoudre en partie le problème de gestion des pièces de rechange. Mais, une fois que le programme a été défini, les aspects financiers, humains et opérationnels doivent faire l'objet d'un suivi et d'une gestion constants en vue de garantir la continuité du programme et, si nécessaire, son amélioration.

5.2 La satisfaction des patients/accompagnants enquêtés

Cette deuxième partie de la discussion des résultats prend en compte les dimensions suivantes : l'accueil/accessibilité, la qualité humaine du personnel, l'information médicale et l'impression générale de la consultation. De l'avis général des enquêtés, les résultats obtenus sont globalement satisfaisants. En effet, on note que tous les items des différentes dimensions cumulent des taux de satisfaction qui dépassent largement la moyenne (de 71% à 96%). Cela confirme le fait que la prise en compte des exigences clients soit une des préoccupations majeures du CHU-BC, qui a été largement reconnue par le personnel enquêté.

Cependant, on constate qu'au niveau de l'accueil/accessibilité, un quart des enquêtés a exprimé son insatisfaction sur deux items, notamment : la courtoisie de l'agent d'accueil et le temps d'attente avant d'avoir la consultation qui totalisent respectivement des taux cumulatifs d'insatisfaction de 26% et 29%. Ce qui n'est pas négligeable en matière d'amélioration de la qualité dans une démarche de certification. Comme le souligne, Pierret et coll. (2010), la démarche de certification oblige la structure hospitalière à reconnaître les attentes des clients, à les satisfaire et à s'améliorer en permanence sans pour autant oublier qu'on ne travaille pas bien pour être certifié mais plutôt qu'on est certifié tout simplement parce que l'on travaille bien. Ce qui veut dire que le CHU-BC doit avoir une attention particulière sur les points d'insatisfaction des patients/accompagnants enquêtés afin de les parfaire continuellement.

L'accueil est un point très important de la qualité du service et est source de satisfaction du patient et son entourage. Le service d'accueil du CHU-BC étant le premier contact du patient il demeure un service de base fondamental. Dans cette perspective, Canard (2009) estime que le comportement des employés en contact direct avec le client joue un rôle capital en termes de satisfaction du client. En effet, les rapports avec le client sont très souvent personnalisés et de plus en plus, le personnel de service d'accueil doit par moment faire face à des clients exigeants, ce qui se traduit par une situation de stress d'autant plus difficile qu'elle se déroule en présence d'autres clients. Pour le Ministère de la santé du Burkina Faso (2013), l'accueil du malade dans un centre hospitalier demeure une période difficile pour lui car ce dernier est généralement inquiet. Par conséquent, l'attitude et le comportement des personnes de premier contact dans l'hôpital (l'infirmier ou autres personnels hospitaliers) sont essentiels. Pour ce faire, la courtoisie fait référence à la politesse, au respect, à la considération, à l'amabilité du personnel vis-à-vis du

client. L'idéal est que les employés en contact avec la clientèle soient à mesure de fournir un accueil aimable et un intérêt réel à chaque malade en vue de l'aider à surmonter ses inquiétudes. La qualité de cet accueil influencera sans nul doute la relation future, éventuellement l'adhésion au traitement. Pour toutes ces raisons, Garga et coll. (2013), notent que le renforcement des compétences du personnel d'accueil, le développement et l'introduction de protocole d'accueil, l'amélioration des conditions de travail ainsi que la motivation du personnel sont autant d'éléments à prendre en compte pour améliorer la qualité du service d'accueil dans les structures de santé. Ce protocole d'accueil guidera les actions et attitudes du personnel afin de parfaire l'écoute, la communication, l'assistance aux usagers et de prévenir ainsi les écarts de conduite, de même que les situations d'agressivité.

Le temps d'attente reflète le délai entre l'arrivée du patient à l'accueil pour son enregistrement et le moment où le médecin l'évalue pour la première fois. Il est mesuré en minutes écoulées entre l'heure d'arrivée aux services d'accueil et l'heure de la consultation médicale. Comparativement à d'autres études, le taux d'insatisfaction de 29% exprimé par les usagers enquêtés du CHU-BC semble similaire comme l'atteste le Ministère de la santé du Burkina Faso (2013) et Aldana et coll., (2001) dont les taux d'insatisfaction en consultation externe sont respectivement de 28,4% et 28,2%. Afin de mieux apprécier le temps d'attente dans les services de consultations externes du CHU-BC, il semble fondamental de mener un sondage visant à estimer le temps réel, de le comparer avec d'autres structures hospitalières tant au niveau national qu'international, d'identifier les causes de disfonctionnement et par conséquent de mettre en place des solutions adéquates pour réduire le long temps d'attente.

Les objectifs de la mise en place d'une démarche qualité visant la satisfaction des clients et l'amélioration du fonctionnement, cela laisse croire au vue des résultats sur la satisfaction des patients/accompagnants enquêtés que le CHU-BC s'investit dans la prise en compte des exigences clients. Ces efforts devraient se poursuivre pour une amélioration continue de la qualité des prestations offertes aux patients. Du reste, une prise en compte des points d'amélioration de l'accueil et du temps d'attente permettra de relever ces défis.

CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

A la lumière des résultats qui précèdent incluant les suggestions émises par les enquêtés, nous formulons les recommandations suivantes à l'attention du DG, du chef de service du SPMQC, des directeurs et chefs de service ainsi qu'aux membres du personnel du CHU-BC en vue de la consolidation des acquis et l'amélioration des dysfonctionnements en lien avec la démarche de certification en cours.

Au DG du CHU-BC

- renforcer la communication interne avec l'ensemble du personnel (tenir des rencontres périodiques pour informer ; partager les résultats engrangés, les défis à relever et les bonnes pratiques...);
- reconnaître les efforts réalisés et les résultats obtenus, les valoriser et les récompenser tant au niveau individuel que collectif (à travers les équipes de travail) ;
- mettre en application le plan de carrière en développement des ressources humaines ;
- améliorer les conditions de travail et la motivation du personnel ;
- améliorer les conditions d'hygiène des sanitaires ;
- nommer un responsable en charge de coordonner toutes les activités de la maintenance, conformément aux textes réglementaires ;
- mettre en place un système d'information de maintenance ;
- élaborer et mettre en application un plan de maintenance préventive ;
- établir des protocoles d'utilisation des équipements biomédicaux, former les utilisateurs et assurer le respect de ces protocoles ;
- renforcer les panneaux d'indication/orientation des différents services du CHU-BC ;
- organiser des journées portes-ouvertes pour sensibiliser la population sur l'accessibilité des prestations disponibles au CHU-BC.

Au chef de Service du SPMQC du CHU-BC

- élaborer et mettre en application un plan de formation continue en faveur de l'ensemble du personnel, de toutes les catégories professionnelles, sur la base des besoins de formation préalablement identifiés ;
- mettre en place une unité de suivi-évaluation du projet de démarche de certification ;

- évaluer le temps d'attente des patients en consultation médicale externe dans les processus concernés, le comparer avec d'autres structures hospitalières similaires aux niveaux national et international ;
- élaborer et mettre en place des stratégies appropriées pour réduire le temps d'attente ;
- renforcer les compétences du personnel des services d'accueil ;
- assurer le respect du protocole d'accueil.

Aux directeurs et chefs de services du CHU-BC

- s'impliquer d'avantage dans la mise en œuvre du projet de certification afin de servir d'exemples ;
- s'investir pour le renforcement des compétences du personnel et le partage des bonnes pratiques ;
- apporter l'appui nécessaire au DG pour la réussite du projet de certification.

Aux membres du personnel du CHU-BC

- assurer un accueil de qualité à tous les usagers du CHU-BC ;
- respecter strictement les exigences clients.

CONCLUSION

Notre étude qui s'est fixé pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension de la démarche de certification dans un centre hospitalier public du Burkina Faso a pris fin avant que la certification des processus du périmètre de certification du CHU-BC ne soit finalisée. Néanmoins, cette étude aurait permis d'amorcer la problématique de la mise en place d'une culture qualité permanente et de la certification ISO 9001 dans les hôpitaux publics burkinabé. Nous espérons que d'autres chercheurs prendront le relai pour mener des études plus poussées afin d'approfondir cette étude que nous avons commencé. Elle ouvre donc d'intéressantes perspectives de réflexion pour les recherches ultérieures visant à cerner davantage mieux le management de la qualité et la certification ISO 9001 dans les structures de santé publiques en général et dans les hôpitaux publics en particulier.

La qualité est avant tout un état d'esprit, une démarche permanente où tous les acteurs ont une place prépondérante. En préparant l'ensemble des collaborateurs du CHU-BC, en les formant et en les motivant, le management peut relever ce défi collectif. L'engagement de tous, la prise en compte des points d'insatisfaction du personnel et des clients, le renforcement de la communication tant à l'interne qu'externe, la formalisation des procédures et la persévérance sont autant d'éléments nécessaires à considérer en vue de l'aboutissement heureux du projet de certification ISO 9001/2008 en cours au CHU-BC.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages et articles

Agence Universitaire de la Francophonie en Asie-Pacifique (2017) : Guide Démarche qualité, structuration de la recherche, projets de recherche, 111p.

Aldana M. J., Piechulek H., Al-Sabir A. (2001): Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales au Bangladesh. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante, Recueil d'articles No 5, 2001 , 65-70.

Amel B. F. (2010) : La certification, quels enjeux et quelles perspectives. Unité de la Gestion des Programmes qualité, Ministère de l'Industrie et de la Technologie, Tunisie, 26p.

Aumais N., Laflamme S., Venne C. (2012) : Synthèse de la recherche sur « les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipes ». Dans le cadre du séminaire international : Maîtrise en gestion de la formation ; Sous la supervision du professeur Jean-François Roussel, Université de Sherbrooke, Canada, 25p.

Canard F. (2009): Management de la qualité, Gualino éditeur, Lextenso éditions-Paris-2009, France, 257p.

Chancenot M. (2013) : Amélioration du système de management de l'entreprise et préparation à la triple certification qualité, sécurité, environnement, résumé projet fin d'études, PARIZOT PROJET- Strasbourg, France, 4p.

CHU-BC (2014) : Projet d'Etablissement 2015-2019, rapport de l'analyse interne, 59p.

Cissé A. M. S. (2004) : Contribution à l'amélioration de la politique de maintenance des équipements biomédicaux à l'hôpital national du point G de Bamako, Mémoire de fin d'études, CESAG, Sénégal, 99p.

Colsenet G. (2005) : Processus de certification ISO 9001 au sein d'une PME. 2 ème Année passerelle HD, Séminaire d'échange des pratiques. Ecole de gestion de l'Université de Liège, France, 17p.

D'Amour, D. (1998) : La collaboration interpersonnelle : relever le défi d'une action commune. Conférence présentée au colloque annuel de l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Psychiatrie et santé mentale (AQIIP), Trois-Rivières, Québec.

Difo M. N. (2013) : Les apports de la certification dans un service d'audit interne, Mémoire Master 2 CCA parcours Audit Interne CNAM 2010-2013, France, 117p.

Fall A. M. (2013) : la problématique de la mise en place d'une démarche qualité en vue d'une certification ISO 9001-2008 pour le service après-vente de l'entreprise Carrefour Médical. Dakar-Sénégal. Mémoire de fin d'études, Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), Sénégal, 135p.

Garga H., Ongolo-Zogo P. (2013) : Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun, Note d'Information Stratégique basée sur les Données Probantes, 23p.

Hamze Z. (2015) : 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 113p.

Hubinon, M. (1998). Management des unités de soins : De l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité. 1 ère édition, Savoirs et Santé, Bruxelles, 395p.

Institut de recherche pour le développement (IRD, 2008) : Démarche qualité et norme ISO 9001. Une culture managériale appliquée à la recherche, 277p.

ISO (2010) : ISO 9001 pour les PME. Comment procéder, Recommandations de l'ISO, Secrétariat Central de l'ISO, Genève, Suisse 15p.

ISO (2012) : Principes de management de la Qualité, Secrétariat Central de l'ISO, Genève, Suisse 12p.

ISO (2015) : Profiter des avantages d'ISO 9001, Secrétariat Central de l'ISO, Genève, Suisse 12 p.

Joumana J.M. (2013) : Mise en place d'une démarche qualité et maintien de la certification ISO 9001: 2008 dans un système d'information. "Module Bio-informatique et Ontologies", Maison des Ecoles Doctorales de Montpellier, France, Présentation du 24 Mai 2013, 39p.

Jutras L., Vaillancourt L. (2003) : Satisfaction et motivation au travail. Pharmactuel, Vol. 36 N°4 Août-Septembre 212- 218.

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (2012) : Rapport d'activités 2012/Les hôpitaux universitaires de Strasbourg, France, 42p.

LHomme C. (2008) : Enjeux et pilotage d'une certification qualité, Sécurité, Environnement : Exemple de l'unité de traitement des DASRI du CHU de Limoges, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 81p.

Mekni S. (2013) : Les préalables pour réussir la mise en œuvre d'une démarche qualité dans le service public. Licence Appliquée en Management Intégré -QSE- 2012/2013, Université Virtuelle de Tunis, Tunisie, 57p.

Ministère du Commerce, de la Promotion de l'Entreprise et de l'Artisanat (2010) : Elaboration d'une politique nationale qualité pour le compte du gouvernement du Burkina Faso, Rapport Final, 122p.

Ministère de la santé (2011) : Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020, Burkina Faso, 56p.

Ministère de la santé (2013) : Rapport sur la satisfaction des patients hospitaliers et ambulatoires. Direction des statistiques Générales, Burkina Faso, 33p.

NF EN ISO 9001 (2008)-11 : Systèmes de management de la qualité - Exigences, 29p.

Organisation Mondiale de la Santé (2012) : Programme de maintenance des équipements Médicaux : Présentation générale ; Série technique de l'OMS sur les dispositifs médicaux, 96p.

Pierret A-M., Saulnier J-L. (2010) : Une stérilisation centrale certifiée ISO, pourquoi ou pourquoi pas ? Dossier certification, TH 724. Novembre-Décembre 2010, 40-43.

Rieu I., Brion J-P., Calop J., Foroni L., Allenet B. (2012) : De l'expertise industrielle en qualité appliquée au milieu hospitalier : Cas du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux stériles au centre hospitalier universitaire de Grenoble. Pharmactuel Vol. N° 1 Janvier-Février-Mars 2012, 60-65.

Sanfo A. (2013) : Politique Qualité/Sécurité de l'Hôpital National Blaise Compaoré, document administratif, Burkina Faso, 1p.

Sawadogo J., Alderson M., Grenier R. (2006): Adaptation et validation de normes et de critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso, Sciences et Techniques, Revue burkinabé de la recherche- Sciences de la santé, vol. 29 N°1 et 2 Janvier-Décembre 2006, 17-24.

Sawadogo J. (2005) : Adaptation et validation de normes et de critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina Faso. Mémoire de fin d'études de Maîtrise en Administration des soins infirmiers ; Université de Montréal, 223p.

So A. (2009) : Amélioration du système de management de la qualité au CHR de Tenkodogo, mémoire de Master, LERTIM, Faculté de Médecine AIX Marseille 2, France, 32p.

Swansburg, R. C. (2002). In R. C. Swansburg & R. J. Swansburg. Introduction to management and leadership for nurses managers (3^e ed.), chapter 20 (pp. 436-456), Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.

Sites Internet

<http://www.isocele.com/iso-9001/management-de-la-qualite> Consulté le 18 Septembre 2014

<http://www.3-0.fr/accueil-doc-dd/les-labels-et-les-normes/les-normes-iso> Consulté le 02 Mai 2015

<http://www.cultivezvostalents.fr/qualite-securite-environnement/le-systeme-de-management-de-la-qualite-smq-cest-quoi/> Consulté le 10 Mai 2015

<http://www.iso.org/iso/fr/home/standards/management-standards.htm> Consulté le 11 Mai 2015

<http://www.afnor.org/metiers/certification/enjeux> Consulté le 18 Mai 2015

ANNEXCES

- Annexe I : Liste des annexes
- Annexe II : Politique Qualité/Sécurité du CHU-BC
- Annexe III : Autorisation du DG du CHU-BC
- Annexe IV-VII : Questionnaire sur l'enquête de satisfaction du personnel
- Annexe VII-X : Questionnaire sur l'enquête de satisfaction des patients/accompagnants
- Annexe XI-XVI : Synthèse des difficultés rencontrées et suggestions faites par le personnel enquêté
- AnnexeXVII-XXII : Synthèse des résultats de satisfaction des patients/accompagnants enquêtés (niveaux de satisfaction et suggestions)

Annexe I : Politique Qualité/Sécurité du CHU-BC

Annexe II : Autorisation du DG du CHU-BC

Annexe III : Questionnaire sur l'enquête de satisfaction du personnel



Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
International Institute for Water and Environmental Engineering



Dans le cadre des travaux de mon mémoire de fin d'études en Master 2 Qualité Hygiène Sécurité Environnement (M2QHSE) de l'Institut International de l'Eau et de l'Environnement (Fondation 2iE), je mène actuellement une recherche sur « la démarche de certification ISO 9001-2008 au CHU-BC ». Cette étude est supervisée par Dr SO Abdoulaye, chef de service de la planification, du Management de la qualité et de la coopération au CHU-BC.

Votre participation en remplissant ce questionnaire va nous aider d'une part, à bien cerner l'application de la démarche qualité dans l'univers hospitalier et d'autre part comme nous l'espérons, à apporter notre contribution à une meilleure compréhension de la démarche de certification dans un centre hospitalier à caractère public. Nous vous saurons gré de bien remplir ce questionnaire individuellement. En outre, nous tenons à vous garantir l'anonymat et la confidentialité de vos informations.

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DIRECTEURS DE SERVICES, AUX PILOTES ET CO-PILOTES DES PROCESSUS DU PERIMETRE DE CERTIFICATION DU CHU-BC

FICHE N°.....

PROCESSUS.....

1- INFORMATIONS D'ORDRE GENERAL

Sexe : Masculin /_ / Féminin /_ /

Catégorie Professionnelle: Médecin /_ / Pharmacien /_ / Attaché de santé /_ / IDE /_ /

SF-ME /_ / GFS /_ / Personnel DFC /_ / Personnel de DARH /_

/

Rattaché à DG /_ / Personnel DSM /_ / Personnel DSIO /_ /

Si Autres, Précisez.....

Nombre d'année dans le service :

Etes-vous : Directeur /_ / Pilote de processus /_ / Co-Pilote de processus /_ /

2- SATISFACTION DE LA CONDUITE DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION

Pour chaque question nous vous prions de cocher la case qui correspond le mieux à votre avis.

Indiquez votre niveau de satisfaction avec les affirmations suivantes...	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
A-Engagement de la Direction				
1- La définition et la formalisation de la politique qualité				
2- La nomination d'un responsable qualité				
3- La création d'un comité de pilotage de la démarche de certification				
4- La politique interne de communication sur la démarche de certification				
5- La mise en place des ressources matérielles et humaines pour mener à bien la démarche de certification				
6- La conduite des revues de direction				
7- Le suivi des efforts et des résultats				
B- Collaboration entre équipes				
8- La disponibilité des collaborateurs pour les activités liées au projet qualité				
9- La circulation de l'information				
10- Le partage des bonnes pratiques sur la démarche qualité				
11- L'ambiance du travail				
12- Mon niveau d'information sur le rôle et les responsabilités des différentes instances de coordination de la mise en place du SMQ				
C- Implication/Participation				
13- Le développement de la formation continue et les plans de carrière				
14- Les formations sur le projet de certification reçues et la réponse à mes attentes				
15- La définition des responsabilités et des autorités des acteurs				
16- Ma compréhension de mes rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la démarche qualité				
17- La reconnaissance et la récompense du travail bien fait de la part de la hiérarchie				
18- La prise en compte des mesures de satisfaction du personnel par des actions concrètes				
19- Mon investissement dans la démarche qualité (participation aux réunions, travaux de groupes du projet de certification etc.)				
Indiquez votre niveau de satisfaction avec les	Très	Satisfait	Insatisfait	Très

affirmations suivantes...	satisfait			insatisfait
20- Ma motivation dans la démarche qualité				
21- Mon adhésion aux nouvelles méthodes de travail (application des procédures qualité et instructions de travail)				
D- Exigences clients				
22- La prise en compte des droits du patient dans les orientations stratégiques, les différents documents institutionnels relatifs au personnel (projet de service, règlement intérieur, contrat de travail, etc.).				
23- La communication interne et la sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients.				
24- L'analyse du fonctionnement du CHU-BC par rapport aux attentes des clients.				
25- La réalisation des enquêtes sur les points de vue et les attentes des clients				
26- La prise en compte de l'avis des usagers dans l'amélioration des soins et services offerts par le CHU-BC				
27- La mise en œuvre d'actions d'amélioration relatives aux réclamations et plaintes des patients et de leur entourage				
28- La formalisation de la méthode utilisée pour collecter les données de satisfaction des clients				
E-Maintenance des infrastructures /équipements				
29- La politique générale de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux.				
30- Les procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence.				
31- Le plan de maintenance préventive				
32- La coordination de la maintenance curative				
33- La maîtrise des appareils utilisés				
34- La formation du personnel sur l'utilisation d'un nouvel appareil mis à sa disposition				

F- QUELLES SONT LES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA CONDUITE DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION AU CHU-BC ?

.....

G- QUELLES SONT VOS SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA DEMARCHE DE CERTIFICATION AU CHU-BC ?

Annexe V : Questionnaire sur l'enquête de satisfaction des patients/accompagnants



Chers patients,

Dans le cadre des travaux de mon mémoire de fin d'études en Master 2 Qualité- Hygiène Sécurité- Environnement (M2 QHSE) de l'Institut International de l'Eau et de l'Environnement (Fondation 2iE), je mène actuellement une recherche sur « la démarche de certification ISO 9001-2008 au Centre Hospitalier Universitaire Blaise COMPAORE (CHU-BC) »

La prise en compte de la satisfaction des patients est indispensable dans la conduite d'une telle démarche. Nous vous remercions pour votre participation à cette étude qui nous aidera à apprécier le niveau de satisfaction des utilisateurs des services de l'hôpital et à proposer des recommandations en vue d'améliorer la qualité des services.

QUESTIONNAIRE SUR LA SATISFACTION DES PATIENTS

FICHE N°.....

PROCESSUS.....

INFORMATIONS GENERALES SUR L'ENQUETE :

Vous êtes : Patient /_ / Accompagnant /_ / Sexe : Masculin /_ / Féminin /_ /

Age Nombre de visite au CHU-BC : 1 /_ / 2 et plus /_ /

Niveau d'instruction : Primaire /_ / Secondaire /_ / Supérieur /_ /

Pour chaque question nous vous prions de cocher la case qui correspond le mieux à votre avis.

Indiquez votre niveau de satisfaction avec les affirmations suivantes...	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
A- ACCUEIL/ACCESSIBILITE				
1- Le respect de vos préférences (choix du médecin, dates et heure de Rendez-Vous)				
2- La courtoisie avec laquelle l'agent d'accueil vous a reçu				
3- Les formalités administratives (papiers, facturation)				

Indiquez votre niveau de satisfaction avec les affirmations suivantes...	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
4- Le tarif de la consultation				
5- Le confort de la salle d'attente (chaises, propreté des lieux).				
6- Le temps d'attente avant d'avoir la consultation.				
B- QUALITÉ HUMAINE DU PERSONNEL				
7- Le respect de votre intimité et la discrétion à votre égard.				
8- L'intérêt que le praticien a porté sur votre problème de santé et à vous-mêmes.				
9- La manière dont le praticien vous a rassuré et soutenu moralement.				
C- INFORMATION MEDICALE				
10- La compréhension de votre maladie après avoir consulté cet agent de santé				
11- Les explications sur les prises des médicaments qui vous sont prescrits (quand et comment prendre les médicaments, effets secondaires possibles etc.).				
12- Les informations reçues du praticien concernant votre traitement				
13- Les informations reçues du praticien concernant votre maladie				
14- Les informations reçues pour éviter la maladie et ses complications				
15- Les conseils qui ont été donnés pour rester en bonne santé				
D- IMPRESSION GENERALE DE LA CONSULTATION				
16- Vous recommanderez cet hôpital à un ami/proche.				
17- Vous estimez que le praticien a compris vos problèmes et vos préoccupations				
18- Votre satisfaction du temps que le praticien vous a accordé pour poser vos préoccupations concernant votre santé				

E- QUELLES SONT VOS SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SOINS ET SERVICES AU CHU-BC ?

Annexe V : Synthèse des difficultés rencontrées et suggestions faites par le personnel enquêté

Synthèse des difficultés rencontrées et suggestions faites par le personnel enquêté

Difficultés rencontrées	Suggestions proposées
<p>Engagement de la Direction</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lourdeurs dans l'exécution des mesures d'action préventives et/ou correctives ; - La communication sur la démarche de certification est insuffisante dans les services car il y a des agents qui disent ne pas être impliqués d'où leur incompréhension sur cette démarche ; - La démarche de certification au CHU-BC n'est pas active, il reste beaucoup de choses à mettre en œuvre, la qualité n'y est pas. Il ne suffit pas de faire des formations, il faut suivre pour voir si elles sont appliquées ; - La mauvaise circulation de l'information entrave l'acceptation du partage des bonnes pratiques. Le manque de moyens financiers et humains ainsi que la lourdeur des procédures freinent de façon générale l'amélioration continue ; - Très insatisfaite car le niveau d'information sur le projet de certification est très faible. Pas de formation reçue ; - Revoir le choix des périmètres pour tenir compte des vrais problèmes de la structure ; - Difficulté de coordination et de suivi des indicateurs en raison du regroupement des unités en processus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir des rencontres tous les 4 mois pour parler de la démarche qualité avec le personnel ; - Former tout le personnel sur la démarche qualité ; - La direction générale doit s'impliquer dans la correction des non conformités et alléger certaines procédures d'acquisition. Former les pilotes et copilotes en démarche qualité ; - Amener tout le personnel du périmètre à s'engager activement dans la démarche en formant tout le personnel sans exception ; - Séparer les unités en processus, ce qui permettra de bien suivre les indicateurs car ce regroupement cause beaucoup de disfonctionnement du fait que tous les acteurs ne s'y mettent pas ; - Revoir entièrement la gestion de l'information afin que tous les intervenants soient au même niveau ; - La qualité étant l'affaire de tous (à commencer par la tête, c'est-à-dire les patrons), il faut que les chefs témoignent de l'importance de la démarche auprès du reste du personnel, en menant des actions concrètes. Cela motiverait plus les uns les autres à s'impliquer d'avantage ; - Plus de communication autour de la démarche de certification. Plus de

	<p>formation sur la démarche de certification ;</p> <ul style="list-style-type: none">- Motiver les médecins et les chefs de service à s'impliquer davantage dans le processus de certification. Récompenser tout le personnel du CHU-BC par des notes administratives d'encouragement ;- Faire une formation continue du personnel sur la démarche, c'est-à-dire des sensibilisations continues dans les services. Toutes les formations qui sont menées actuellement sont faites en salles alors que lors de ce genre de formations, ce sont les perdiems qui intéressent les participants ;- Sensibilisation de tout le personnel sur la démarche qualité. Motivation des pilotes et co-pilotes. Impliquer davantage les différents directeurs et chefs de service dans la démarche ;- Prendre dans le périmètre la plomberie ;- Organiser des journées de communication avec l'ensemble du personnel sur la démarche qualité ;- Améliorer la circulation de l'information, le partage des bonnes pratiques sur la démarche qualité ;- Développer la formation continue et les plans de carrière des agents;- Assurer une communication régulière pertinente sur le rôle de chaque acteur à assumer ses responsabilités ;- Faire des formations motivantes (Attestations + supports de formation).
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Faire en sorte qu'il ait une plus grande implication du personnel à la démarche qualité. Tenir compte des résultats des enquêtes de satisfaction des clients pour s'orienter dans le choix des périmètres de certification ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager davantage le personnel à mieux s'impliquer dans la qualité.
<p>Collaboration entre équipes</p> <ul style="list-style-type: none"> - RAS 	<ul style="list-style-type: none"> - RAS
<p>Implication/Participation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tout le personnel n'est pas au même niveau d'information. Tout le personnel ne se sent pas concerné ; - Insuffisance de motivation du personnel impliqué ; - Très mauvaise implication des agents concernés dans le périmètre de certification. Le personnel ne comprend pas la démarche de certification et ne se sent donc pas concerné par ladite démarche ; - Effets de la réduction du périmètre de certification ; - Non implication effective de certains pilotes et co-pilotes dans le processus de certification ; - Faible implication du personnel ; - Manque d'information, Manque de formation des pilotes et co-pilotes (pas assez de formation) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer du niveau d'implication de tous les acteurs. Assurer le travail bien fait (qualité du travail) concourant à la satisfaction du client ; - Impliquer nécessairement tout le personnel davantage. Faciliter leur participation aux séances de sensibilisation et de formation en faisant en sorte que l'intéressé soit libéré de sa tâche du jour (exemple de quelqu'un qui fait des vas et viens de son poste de travail à la salle de formation ou qui doit suivre une formation et enchaîner le soir avec sa garde). L'importance n'étant plus à démontrer, délocaliser les séances de formation à chaque fois que possible ; - Former surtout le personnel cible pour l'atteinte des objectifs au lieu de former des gens peu disponibles ou ceux qui ne font pas partis du domaine de certification. Mettre le prix qu'il faut, Il faut travailler avec ceux qui y croit, si possible changer

<ul style="list-style-type: none"> - L'implication des différents acteurs et l'application des procédures, protocoles ; - La difficulté majeure reste la disponibilité du personnel à participer aux séances de sensibilisation et de formation, ce qui rend difficile la compréhension du bien-fondé de la dynamique qualité. Au finisse il peut y avoir un découragement et un désintéressement ; - Les plus grandes difficultés sont surtout l'indisponibilité du personnel ; - Implication effective des acteurs ; Méconnaissance du processus par certains acteurs ; - L'absence/insuffisance chez certains acteurs de la culture de la qualité ; - Formations insuffisantes et non motivantes. Pas d'implication du personnel. - L'implication des acteurs n'est pas totale. 	<ul style="list-style-type: none"> les pilotes et co-pilotes qui ne remplissent pas leurs obligations. Mettre en place une unité de suivi-évaluation ; - Mieux impliquer l'ensemble du personnel. Sensibiliser au quotient le personnel. -
<ul style="list-style-type: none"> - Exigences clients - RAS 	<ul style="list-style-type: none"> - RAS
<ul style="list-style-type: none"> - Maintenance Infrastructures/Equipements - Manque de véritable coordination de la maintenance en général. Manque de test désignant un responsable de la maintenance (désordre) ; - Beaucoup d'appareils sont en pannes. Pas de maintenance ni de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'administration doit faire écrire pour désigner un responsable chargé de coordonner toutes les activités de la maintenance selon les textes règlementaires de l'administration. Mettre l'accent sur la formation continue des techniciens de maintenance pour mieux entretenir les appareils et délivrer ainsi des soins de qualité aux patients ; - Pour améliorer la démarche qualité il faut

	<p>que le travail soit bien fait même s'il faut prendre des prestataires qui le feront après rémunération par exemple côté hygiène et beaucoup de problèmes au niveau des toilettes dans tous les services;</p> <ul style="list-style-type: none">- Améliorer le plan de maintenance et alléger certaines procédures. Former plus d'acteurs à l'utilisation des nouveaux appareils. Améliorer également la coordination de la maintenance curative ;- Doter plus de moyens pour la politique générale de maintenance des dispositifs médicaux, de l'entretien et de remplacement.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Annexe VI : Synthèse des résultats de satisfaction des patients/accompagnants enquêtés
(niveaux de satisfaction et suggestions)**

Synthèse des résultats sur le niveau de satisfaction des patients/accompagnants

Accueil/Accessibilité	Très Satisfait	Satisfait	Total très satisfait /satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Total insatisfait/ très insatisfait	Non Répondants	Nombre Répondants
1- Le respect de vos préférences (choix du médecin, dates et heure de Rendez-Vous)	36%	55%	91%	6%	3%	9%	1	104
2- La courtoisie avec laquelle l'agent d'accueil vous a reçu	36%	38%	74%	3%	23%	26%	0	105
3- Les formalités administratives (papiers, facturation)	20%	61%	81%	16%	3%	19%	0	105
4- Le tarif de la consultation	24%	63%	87%	11%	2%	13%	2	103
5- Le confort de la salle d'attente (chaises, propreté des lieux).	49%	46%	95%	3%	2%	5%	2	103
6- Le temps d'attente avant d'avoir la consultation.	17%	54%	71%	27%	2%	29%	3	102
Qualité humaine du personnel								
7- Le respect de votre intimité et la discrétion à votre égard.	28%	67%	95%	4%	1%	5%	1	104
8- L'intérêt que le praticien a porté sur votre problème de santé et à vous-mêmes.	38%	58%	96%	3%	1%	4%	4	101
9- La manière dont le praticien vous a rassuré et soutenu moralement.	41%	55%	96%	3%	1%	4%	2	103
Information médicale								
10- La compréhension de votre maladie après avoir consulté cet agent de santé	35%	60%	95%	4%	1%	5%	2	103

11- Les explications sur les prises des médicaments qui vous sont prescrits (quand et comment prendre les médicaments, effets secondaires possibles etc.).	29%	66%	95%	4%	1%	5%	1	104
12- Les informations reçues du praticien concernant votre traitement.	26%	69%	95%	4%	1%	5%	3	102
13- Les informations reçues du praticien concernant votre maladie	28%	64%	92%	7%	1%	8%	3	102
14- Les informations reçues pour éviter la maladie et ses complications.	30%	56%	86%	13%	1%	14%	6	99
15- Les conseils qui ont été donnés pour rester en bonne santé	36%	43%	79%	17%	4%	21%	4	101
Impression générale de la consultation								
16- Vous recommanderez cet hôpital à un ami/proche.	43%	51%	94%	4%	2%	6%	1	104
17- Vous estimez que le praticien a compris vos problèmes et vos préoccupations	36%	58%	94%	4%	2%	6%	3	102
18- Votre satisfaction du temps que le praticien vous a accordé pour poser vos préoccupations concernant votre santé	32%	61%	93%	4%	3%	7%	2	103

Synthèse des suggestions des patients/accompagnants enquêtés

Suggestions

Accueil/Accessibilité

- Hôpital de référence, plus de publicités sur les différentes prestations ;
- Sensibiliser la population que l'hôpital appartient à eux tous car bon nombre pense qu'il n'appartient qu'aux riches ;
- Persévérer davantage dans la qualité, revoir la communication au niveau de la caisse envers les patients ;
- Nous voudrions que l'hôpital fasse de son mieux pour doter ses services de matériel médico-techniques pour que les patients ne soient pas obligés de parcourir la ville pour d'autres prestations que la structure pouvait faire si elle était mieux équipée ;
- Sensibiliser et communiquer dans les médias pour que les usagers connaissent davantage le CHU-BC ;
- Communiquer plus sur les médias à l'endroit des usagers sur le tarif abordable et l'accessibilité ;
- Accentuer la sensibilisation auprès des usagers sur la disponibilité des médecins ;
- C'est préférable que les patients puissent faire leurs examens sur place au CHU-BC : « A mon niveau, je dois repartir à Saint Camille pour faire mes examens ORL parce que ici, il n'y a pas le matériel concerné » ;
- Réviser la facturation pour la prise en charge des enfants ;
- Faire plus attention au fonctionnement de certaines infrastructures (toilettes) ;
- Félicitation à toutes les équipes pour l'effort déjà fait pour la satisfaction des patients. Il faut voir les brasseurs de la salle d'attente en ORL qui font du bruit qui peut déranger les malades ;
- Permettre à toutes les classes sociales de se consulter par le rabais des tarifs de consultations. Doubler le nombre de médecin dans les services ;
- Augmenter le personnel ;
- Revoir l'entretien des sanitaires ;
- Persévérer dans la formation continue du personnel. Communiquer sur les médias sur l'hôpital ;
- Recruter plus du personnel soignant et mettre à leur disposition plus de matériel ;
- Pour les prises de Rendez-Vous : Informer ne serait-ce par SMS si le médecin doit s'absenter. Mettre un numéro portable en place pour améliorer la communication ;
- Revoir le tarif de la consultation à la baisse. Augmenter le nombre de chaises pour le confort des patients dans la salle d'attente ;

- Absence de panneaux indicatifs. Recruter du personnel au niveau de la caisse car le service est très lent. Intégrer un service de vaccination au sein de l'CHU-BC ;
- Revoir les frais d'accouchement et de consultation des enfants de 0 -5 ans pour tenir compte de la gratuité des soins ;
- Instituer des jours de consultation sans RDV pour la pédiatrie ;
- Tenir compte des plaintes des usagers (temps d'attente trop long à la caisse, problèmes de toilettes...). Former les caissières et insister sur l'accueil et la courtoisie;
- Améliorer les conditions du service ophtalmologie (faire des interventions de toutes les parties de l'œil) ;
- Réduire le temps d'attente à la caisse. Etre à mesure de retrouver le numéro du patient avec son identité (nom, prénom, date de naissance) ;
- Donner des heures fixes pour les RDV. Espace réservé à l'accompagnant ;
- Très satisfait des soins et le respect des docteurs mais désolé de l'accueil des caissiers ;
- Conseiller certains agents de bien accueillir les patients ;
- Ouverture lente des caisses de paiement. Trop de causerie entre caissières ;
- Revoir le nombre de consultation par médecin et par semaine ;
- Équiper le service d'accueil en téléphone pour désengorger les standardistes. Prendre en charge certaines prestations comme la section d'une pathologie chez les enfants de moins de 15 kg ;
- Manque de chaises dans la salle d'attente. Accueil mal fait à la caisse. Augmenter le nombre d'agents à la caisse ;
- J'ai été mal reçu ce jour (03/10/2016) par une infirmière pour la prise de constantes de mon bébé, il faut les faire former sur l'accueil ;
- Revoir les toilettes et les panneaux d'indication ;
- Voir l'attente au niveau de la caisse et le cas des toilettes ;
- La caisse reçoit mal les gens, ajouter le nombre de personnel à la caisse ;
- Bien informer les patients sur la prise de RDV ;
- Augmenter le nombre de postes à la caisse pour faciliter le travail ;
- Prévoir une télévision pour les enfants ;
- Revoir l'hygiène des sanitaires (les chasses eaux sont très souvent en panne et aussi l'eau sale des WC remonte). Permettre l'accès à la consultation générale des adultes, la consultation pédiatrique sans rendez-vous en cas d'urgence. ;
- Mettre l'accent sur l'accueil. Respecter les prises de rendez-vous des patients ;

- L'accueil à la caisse n'est pas bien. Ajouter le personnel à la caisse ;
- Le temps d'attente est trop long. Prévoir deux pédiatres par jour de consultation (un pour les urgences et un pour le contrôle-suivi). Si possible programmer le patient en fonction de l'heure (Ex : patient x-telle heure) ;
- Pourquoi chaque chose il faut prendre un rendez-vous ? Même si c'est urgent ;
- Revoir l'attente à la caisse ;
- Plus de panneaux d'identification ;
- Trouver de jours hors mis les jours de consultations des docteurs pour la présentation des résultats ou communiquer les numéros des docteurs pour les joindre après les prises des résultats.

Qualité humaine du personnel

- L'infirmière ne s'est pas parlé aux patients, même chose aussi à la caisse ;
- Revoir le comportement de certains agents à la caisse. Ce poste (caisse-accueil) paraît important dans la structure, des agents mal éduqués ou avec une éducation qui laisse à désirer ne sauraient travailler là-bas ;
- Bien former les agents sur la politesse.

Information médicale

- Etre encore plus disponible et à l'écoute des patients ;
- Les points 14 et 15 doivent être également pris au sérieux mais les praticiens semblent gérer plus le présent que de prodiguer des conseils pour l'avenir ;
- Les praticiens doivent plus s'intéresser aux patients et mieux leur expliquer l'origine de leur mal et les précautions à prendre pour l'éviter à l'avenir ;
- Nous suggérons une disponibilité des médecins pour l'écoute du patient pour mieux le situer sur la cause de sa maladie et les dispositions nécessaires qu'il lui faut observer afin de minimiser ou éviter de contracter la même maladie.

Impression générale sur la consultation

- Encouragement à mieux faire ;
- Persévérer toujours dans la qualité.