



**MASTER SPECIALISE M2**  
**Qualité Hygiène Sécurité et Environnement**  
**Promotion -Janvier 2012**

---

**Institut international d'ingénierie de l'eau et de l'environnement**

Burkina Faso Rue de la science ; 1 BP 594 Ouagadougou



**ETUDE DE LA DEMARCHE QUALITE MISE EN APPLICATION**  
**A L'HOPITAL DU MALI**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**Année 2016**

---

**Présenter par**

DIALLO SEBASTIEN

Etudiant

**ENCADRER PAR**

Le Docteur Boubacar S.I DRAME

Chef du Service de l'Analyse biomédicale  
Hôpital du Mali

---

## **REMERCIEMENTS.**

*La réalisation de la présente étude a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.*

*Je voudrais, tout d'abord, adresser toute ma gratitude à la Direction de l'Hôpital du Mali, d'avoir cru à cette étude. Je remercie particulièrement Monsieur le Directeur Général, Docteur Mamadou Adama KANE, de l'intérêt accordé à ce travail et son engagement à prendre en compte ses résultats.*

*Je tiens à remercier mon encadreur le Docteur Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME, Chef du laboratoire d'analyse biomédicale, d'avoir accepté de diriger cette étude. Sa disponibilité, son professionnalisme, et ses qualités humaines m'ont profondément touché.*

*Mes remerciements s'adressent à l'ensemble du personnel de l'hôpital du Mali, particulièrement les chefs de services, les chefs d'unités, le surveillant général et les surveillants de services pour l'accueille, la disponibilité et la bonne collaboration tout au long de cette étude.*

*Je remercie mon grand frère le Docteur Sidiki KONATE et son épouse Le Docteur Fatoumata MAIGA, de leur soutien et encouragement tout au long de ma formation,*

*Je remercie mon tonton et ami le Docteur Cheikna SEMEGA Urgentiste, de la surveillance de ma santé, ses orientations et conseils,*

*Je remercie sincèrement mon aîné Monsieur Yacouba DEMBELE, de son soutien, son encouragement, suggestions et pour la correction de ce travail,*

*Je remercie toutes les personnes qui m'ont conseillées, orientées, particulièrement le Docteur Dounanke DIARRA Directeur Adjoint de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) ainsi que Madame SISSOKO Ramata THIAM qualitiicienne de cette agence*

*A mon épouse le Docteur DIALLO Chlotilde KY, à mes enfants, merci pour votre compréhension et votre soutien sans faille durant cette formation.*

*A toutes les personnes qui de près ou de loin ont facilité la réalisation de cette étude je présente mes remerciements mon respect et ma gratitude*

## Table des matières

RESUME :	4
INTRODUCTION :	5
DEMARCHE METHODOLOGIQUE :	7
I. PREMIERE PARTIE	8
1.1 L'HÔPITAL DU MALI :	9
1.2 PRESENTATION DES DOCUMENTS :	14
1.3 EXAMEN ET ANALYSE DES DOCUMENTS :	18
1.4 ELABORATION DES QUESTIONNAIRES :	28
II. DEUXIEME PARTIE	35
2.1 Déroulement de l'Evaluation :	36
2.2 Observations :	36
2.3 Conclusions :	44
III. TROISIEME PARTIE :	45
3.1 CONCEPT DE LA QUALITE ET DE LA DEMARCHE QUALITE ;	46
3.2 RECOMMANDATIONS :	55
3.3 MESURES CORRECTIVES :	56
Bibliographie	60



## **RESUME :**

*Le concept de la qualité et de la démarche qualité a longtemps été considéré comme spécifique aux industries, aux secteurs de la conception et de gestion des nouvelles technologies de la communication. Ce concept fait son entrée dans le domaine médical et hospitalier. Des exemples à travers le monde, (notamment les démarches d'accréditations des hôpitaux en Europe), ont suffisamment démontré l'applicabilité de ce concept dans les établissements de santé.*

*L'hôpital africain, issu généralement du dispensaire colonial a de grands défis à relever pour mériter sa place parmi les Etablissements Hospitaliers à travers le monde. Des solutions et réflexions à différents niveaux, (législatives, règlementaires administratives, etc.), ont été proposées et mises en œuvre. Le mal, perdure, se répand et prend d'autres formes. Les plateaux techniques de nos hôpitaux se modernisent, il en est de même pour le nombre et la diversité de nos spécialistes, mais le patient, sa famille, sa culture, ses attentes, etc. sont généralement ignorés dans cette dynamique de progrès.*

*Force est de constater que nos hôpitaux sont et resteront malheureusement de gros centre de santé, tant que leurs gestions et financements ne seront pas orientés voire centrés sur une démarche qualité appropriée visant la satisfaction du Patient.*

*L'hôpital du Mali, nouvel établissement public hospitalier à vocation générale et de 3<sup>ème</sup> référence, se veut d'être aussi un établissement hospitalier de référence dans la démarche qualité, à travers l'intérêt particulier de la direction pour la maîtrise de la qualité de ses prestations médicales. Pour ce faire, elle a initié et mis en œuvre, dès les premières années de fonctionnement, certains documents référentiels, du concept de la qualité, tel que le règlement intérieur et le Manuel de Procédures.*

*Notre étude portera sur la mise en application des deux documents référentiels élaborés et adoptés dans le but d'assurer des soins de qualité, une prise en charge systématique, diligente coordonnée et efficace des patients.*

*Elle comprend trois parties :*

- *La présentation de l'hôpital du Mali ;*
- *L'évaluation de la Mise en œuvre des documents référentiels,*
- *Nos conclusions et recommandations*

## INTRODUCTION :

La République du Mali est située au cœur de l'Afrique occidentale. Elle couvre une superficie de 1 241 238 km<sup>2</sup> avec une population résidante estimée à 14 528 662<sup>1</sup> habitants.

Organisé en dix régions administratives et le district de Bamako, le Mali dispose d'une douzaine d'hôpitaux publics regroupés, en établissements publics hospitaliers à vocation générale ou en établissements publics hospitaliers à vocation spécialisée. Ces hôpitaux sont classés, en fonction de la satisfaction de certains critères, (offre de soin, qualification du personnel, équipements disponibles et nombre de lits), en établissement de 2<sup>ème</sup> ou de 3<sup>ème</sup> référence.

Les douze établissements sont classés comme suit :

- Sept (07) établissements hospitaliers assurant la 2<sup>ème</sup> référence et,
- cinq (05) établissements hospitaliers de 3<sup>ème</sup> référence.

Trois établissements, parmi les cinq, sont à vocation générale, l'hôpital du Point G, l'hôpital du Gabriel TOURE et l'Hôpital du Mali. Les deux autres établissements de 3<sup>ème</sup> référence sont à vocation spécialisée, le Centre Nationale d'Odontologie-Stomatologie (CNOS) et l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA).

Les établissements publics hospitaliers de 3<sup>ème</sup> référence constituent le sommet de la pyramide sanitaire à l'échelle nationale et sont tous situés à Bamako. Les établissements hospitaliers publics de la 2<sup>ème</sup> référence se trouvent dans les chefs-lieux de région et forment le sommet de la pyramide sanitaire à l'échelle régionale.

Ces établissements réfèrent vers la 3<sup>ème</sup> référence, les cas cliniques dépassant leurs capacités techniques et reçoivent des évacuations sanitaires provenant des Districts Sanitaires formés de deux échelons :

- les Centres de Santé de références (CS-Réf) ; Première référence, ils sont estimés à 60, et correspondent aux cercles, communes ou zones sanitaires et assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

---

<sup>1</sup> Résultat définitif du Recensement général de la Population et de l'habitat de 2011 (INSAT)

- La base de la pyramide sanitaire, le premier échelon ou premier niveau de recours aux soins, est formée par les Centres de Santé Communautaires (CScom) et les structures de santé: parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés. Ces structures offrent le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Le nombre des CScom était estimé en 2010 à 1050 centres et le nombre des structures, parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés était de 1308 en 2011.

L'Hôpital du Mali est le tout dernier établissement Public hospitalier, ouvert depuis cinq ans. Il est moderne et est une référence dans le paysage hospitalier du pays, par sa conception spatiale, la modernité de son plateau technique et enfin la diversité de son personnel composé de spécialistes Maliens, Chinois et Africains.

L'hôpital du Mali, se veut d'être aussi un établissement hospitalier de référence dans la démarche qualité, à travers sa gestion, la maîtrise et la qualité de ses prestations médicales. Dans ce cadre, la direction de l'Hôpital a initié et mis en œuvre certains documents référentiels ; **le règlement intérieur et le Manuel de Procédures.**

La présente étude porte sur la mise en application de deux documents référentiels élaborés et adoptés dans le but d'assurer, des soins de qualité, une prise en charge systématique, diligente, coordonnée et efficace des patients.

Elle est structurée en trois parties :

- La présentation de l'hôpital du Mali ;
- L'évaluation de la Mise en œuvre des documents référentiels,
- Nos conclusions et recommandations

La Direction de l'Hôpital nous a vivement manifesté son intérêt pour la réalisation de la présente étude, vu que l'hôpital du Mali, à l'instar des autres établissements publics hospitalier du Mali, entamera dans les jours à venir un processus de réorganisation administrative et technique afin de rendre son organisation conformes aux décrets ;

- N°2016-0470/P-RM du 28 juin fixant la Carte Nationale Hospitalière et,

- N°2016-0475/P-RM du 07 juillet, fixant les Modalités d'organisation et de fonctionnement des services des Établissements Publics Hospitaliers.

Dans ce contexte les recommandations de notre étude pourrait être prise en compte dans ce processus de réorganisation.

## **DEMARCHE METHODOLOGIQUE :**

Elle consistera dans :

- La Première partie à examiner et analyser :
  - l'organisation administrative de l'hôpital,
  - les différents documents référentiels, le règlement intérieur et le manuel de procédures et
  - formuler des questionnaires pour l'évaluation de leurs mises en application. .
- la Deuxième partie à :
  - renseigner les différentes fiches à travers l'interview, des acteurs chargés de l'application des dits documents
- La Troisième partie à formuler, suite à l'analyse des données collectées, des mesures correctives, sous forme de recommandations, pour la mise à niveau de cette démarche, avec l'objectif de la voir évoluer vers un système de management de la qualité conforme au référentiel ISO.

Dans le souci de la vulgarisation et de l'appropriation du concept de la qualité et de la démarche qualité, nous avons jugé nécessaire de précéder nos conclusions par un précis du contenu des principaux termes et expressions couramment utilisés dans la démarche qualité, dans un langage propre au cadre médico hospitalier.

.

# **I. PREMIERE PARTIE**

## 1.1 L'HÔPITAL DU MALI :

Situé en Commune VI du district de Bamako, l'Hôpital du Mali fruit de la coopération Sino-malienne, est un établissement hospitalier moderne, à vocation générale de 3<sup>ème</sup> Référence.

Créé par la Loi N°10-010 du 20 mai 2010, inauguré le 23 septembre 2010 et ouvert au public le 07 septembre 2011, l'hôpital du Mali, est un établissement public hospitalier à vocation générale, doté d'une personnalité morale de droit public et disposant d'une capacité juridique. Sa mission conformément à la loi N°10-010 est :

- d'assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés, des femmes enceintes et des enfants ;
- de prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- de participer à la formation initiale et d'assurer la formation continue des professionnels de la santé ;
- de conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

L'Hôpital du Mali par rapport aux autres établissements hospitaliers de 3<sup>ème</sup> référence du Mali se caractérise par :

- sa conception architecturale en pôle fonctionnelle,
- la modernité et la performance de son plateau technique et de ses équipements,
- diversité de son personnel médical constitué de spécialistes nationaux et chinois ;



Sur le plan physique, il est bâti sur une superficie d'une vingtaine d'hectares environ dont quatre à peu près sont actuellement viabilisé. L'espace aménagé est constitué de trois principaux bâtiments fonctionnels, de type un rez-de-chaussée plus un étage, un centre de radiothérapie et des bâtiments annexes.

Les principaux bâtiments fonctionnels comprennent :

- bâtiment de Consultation externe contenant ;
  - le service des urgences et de réanimation,
  - le bureau des entrées
  - les divers box de consultation externes,
  - la direction,
  - la pharmacie hospitalière
- bâtiment des technologies, comprenant ;
  - Le laboratoire d'analyse biomédicale,
  - Le service d'imageries médicales,
  - Les blocs opératoires,
  - Des bureaux de divers services
- bâtiment d'hospitalisation, comprenant :
  - la chirurgie (neurochirurgie, chirurgie thoracique et la gynécologie),
  - la médecine et la pédiatrie ;

Les annexes sont formés de :

- La cantine pour le personnel,
- La mosquée,
- La morgue,
- La buanderie,
- Local technique distribution électrique,
- La boutique locale de vente de produits de première nécessité,

- Des sanitaires,
- Trois hangars pour les accompagnants des hospitalisés,
- Un hangar de protection des fluides médicaux et de la climatisation.

Le centre de radiothérapie est constitué d'un seul bloc de bâtiment fonctionnel, d'un rez-de-chaussée.

La capacité actuelle de l'hôpital du Mali est de 140 lits<sup>2</sup>, extensible à 400 lits et plus dans le futur. Pour assurer sa mission, il emploie 170<sup>3</sup> personnes exerçant dans une vingtaine de services et cinq unités de soins<sup>4</sup>. Les services sont regroupés en services techniques administratifs et financiers.

Placé sous la tutelle du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, l'administration de l'hôpital du Mali est assurée conformément au décret N°10-316/P-R M du 3 juin 2010 par ;

- Un conseil d'administration,
- Une Direction Générale,
- Un comité de Direction et,
- Des Organes consultatifs.

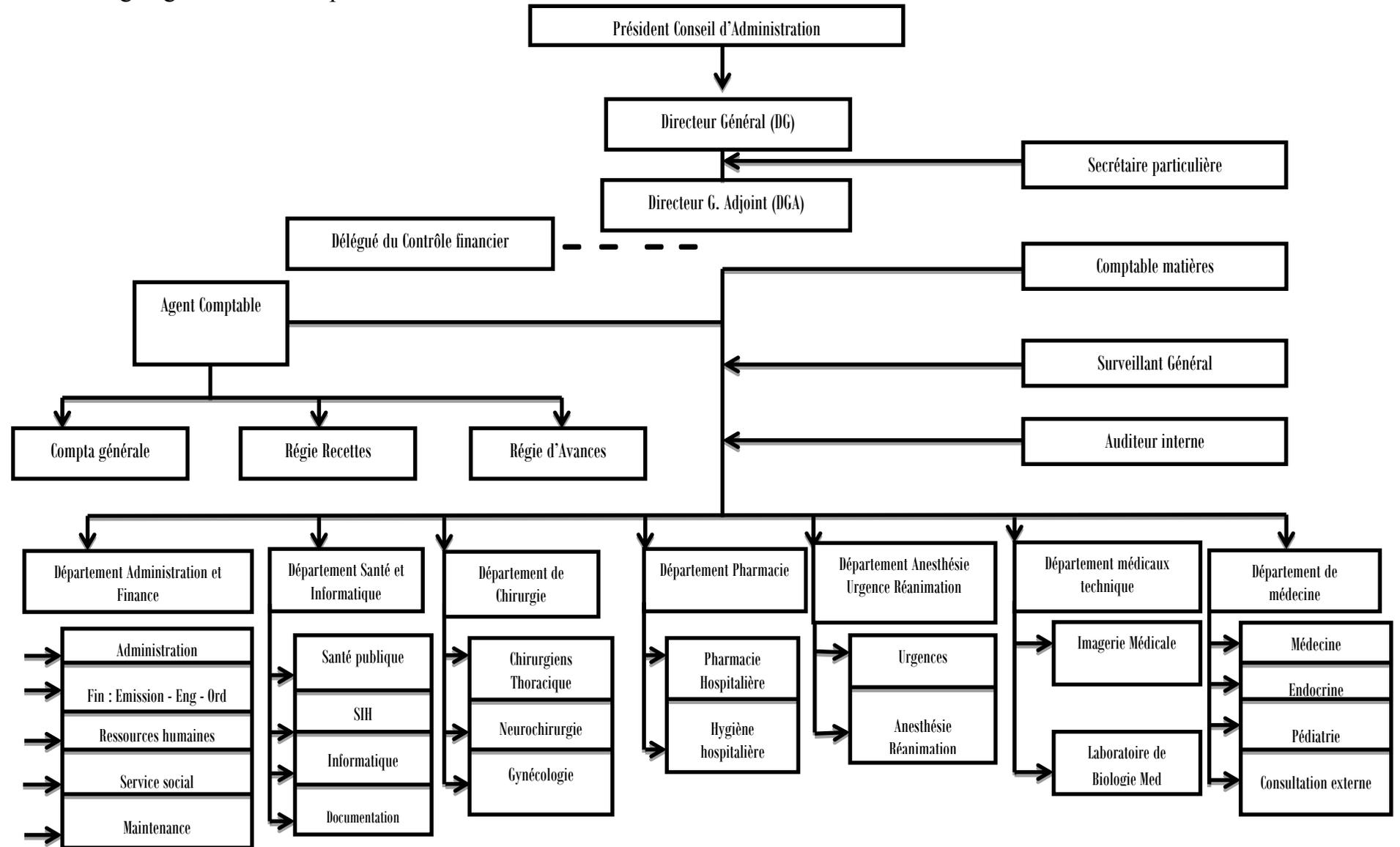
---

<sup>2</sup> Voir tableau 1 de répartition des lits

<sup>3</sup> Voir Tableau 2 Répartition du personnel

<sup>4</sup> Voir Tableau3 des Services et unités de l'Hôpital du Mali

# Nouveau Organigramme de l'Hôpital du Mali



**Tableau 1. Répartition des lits :**

LITS D'HOSPITALISATION		LITS TECHNIQUES		Nombre total de lits
Désignation	Nombre	Désignation	Nombre	
Médecine interne	27	Urgences	10	
Neurochirurgie	21	Réveil Bloc opératoire	2	
Chirurgie Thoracique	21	Acupuncture	4	
Gynécologie	15			
Pédiatrie	37			
Réanimation – soins intensifs	3			
<b>Total</b>	<b>124</b>		<b>16</b>	<b>140</b>

**Tableau 2. Les différents Services et unités de l'hôpital du Mali**

Services Techniques	Services Administratifs Financier et de soutien	Unités de Soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les Urgences,</li> <li>▪ Le Laboratoire d'analyse biomédicale,</li> <li>▪ L'Imagerie médicale,</li> <li>▪ L'Anesthésie-réanimation,</li> <li>▪ La Gynécologie,</li> <li>▪ La médecine interne,</li> <li>▪ La Chirurgie thoracique,</li> <li>▪ La Neurochirurgie,</li> <li>▪ La Pédiatrie,</li> <li>▪ La Radiothérapie,</li> <li>▪ La Pharmacie et l'hygiène Hospitalière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le Surveillant Général,</li> <li>▪ Le Bureau des Entrées,</li> <li>▪ Les Ressources Humaines,</li> <li>▪ L'Audit Interne,</li> <li>▪ La Santé Publique,</li> <li>▪ L'informatique,</li> <li>▪ Le social,</li> <li>▪ L'Agence comptable</li> <li>▪ La comptabilité Matière</li> <li>▪ La Maintenance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ - l'unité de kinésithérapie ;</li> <li>▪ - l'unité ORL ;</li> <li>▪ - l'unité hygiène ;</li> <li>▪ - l'unité stérilisation ;</li> <li>▪ - l'unité officine hospitalière.</li> <li>▪</li> </ul>

**Tableau 2. Répartition du personnel : en 2015<sup>5</sup>**

Désignation	Personnel Médical	Personnel Paramédical	Personnel Administratif financier et Technique	Total
<b>Malien</b>	31	45	63	<b>139</b>
<b>Chinois</b>	22	5	4	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>67</b>	<b>170</b>

**Tableau 4. Les Réalisations de l'année 2015<sup>6</sup>**

Désignation	Consultation Externe	Interventions Chirurgicales	Analyse Biomédicale	Examen d'imagerie	Hospitalisation
<b>Réalisation</b>	60 327	1 373	97 396	23 527	4 698

## **1.2 PRESENTATION DES DOCUMENTS :**

### **1.2.1 Le Règlement Intérieur :**

Elaboré par la Direction, il a été adopté par le conseil d'Administration en 2012.

Son article 1 précise son objet qui est de fixer les dispositions générales et particulières applicables au personnel et aux usagers de l'Hôpital. Il est organisé en quatre titres et comporte 99 articles. Le titre ;

- I, traite des Dispositions Générales,
- II, des Dispositions relatives aux usagers. Ce titre est divisé en sept sections qui sont ;
  - Section 1 ; Accès à l'hôpital du Mali,
  - Section 2 ; Accueil Consultations Externes,
  - Section 3 ; Les Urgences, les Gardes et les Astreintes,
  - Section 4 ; Admission,
  - Section 5 ; Séjour,
  - Section 6 ; Sortie – Décès – Dépôt de corps,
  - Section 7 ; Dossier médical.

<sup>5</sup> Rapport d'Activité Médicaux-Technique et Financier 2015

<sup>6</sup> Rapport d'Activité Médicaux-Technique et Financier 2015.

- III, Dispositions relatives au personnel. Il contient quatre sections qui sont :
  - Section 1 ; Dispositions relatives à l'ensemble du personnel,
  - Section 2 ; Dispositions relatives au personnel médical et assimilés,
  - Section 3 ; Dispositions relatives au personnel paramédical et de soutien,
  - Section 4 ; le personnel administratif et de soutien,
- IV, Dispositions finales.

### 1.2.2 Le Manuel de Procédures :

Élaboré en 2014 par un consultant de concert avec les responsables des différents services, il a été mis en application courant 2015, après approbation du Contrôle Général des Services Publics. Il est constitué de quatre livres :

- **Le Livre I - Manuel de Procédures Administratives :**

Ce livre, de quatre centaines de pages, dans sa première partie présente ;

- les généralités sur le manuel de Procédures, la nature du document, la définition des terminologies (Manuel de procédures et procédures) et sa structuration.
- l'Hôpital du mali, son organisation, sa gouvernance, son mode de fonctionnement, et enfin son organigramme,
- La fiche descriptive des différents postes.

Dans sa deuxième partie, il traite des opérations administratives et financières suivantes, en précisant la fiche descriptive des tâches du personnel et les supports physiques des différentes tâches :

- Gestion du Courrier,
- Gestion de la Documentation,
- Gestion du téléphone,
- Organisation de la passation de service,
- Système d'Information sanitaire,

- Gestion des ressources humaines,
- Achats,
- Gestion des immobilisations,
- Gestions des stocks,
- Gestion des stocks des produits pharmaceutiques.

▪ **Le Livre II - Manuel de Procédures Financières et Comptables :**

Ce livre traite des opérations financières et comptables, en précisant les fiches descriptives des tâches du personnel et les supports des différentes opérations. Il est organisé en deux parties :

- Les procédures Financières comprenant ;
  - gestion du budget,
  - mobilisation des ressources,
  - trésorerie,

Opérations de recettes

Régie d'avance

- Les Procédures Comptable comprenant ;
  - La comptabilité administrative,
  - La gestion de la comptabilité générale.

▪ **Le Livre III – Manuel de Procédures Opérationnelles :**

Ce livret traite du fonctionnement des services techniques de Santé. Il décrit les procédures de prise en charge des patients, en précisant la fiche descriptive des tâches du personnel et les documents support des activités suivantes :

- Consultation Externe du malade,
- Hospitalisation du malade en médecine générale et spécialisée, urgence et réanimation,
- Interventions chirurgicales,

- Urgences,
- Anesthésie et la réanimation,
- Prise en charge du malade à l'unité de kinésithérapie,
- Examens complémentaires, l'imagerie médicale
- Examens complémentaires, les analyses de biologie médicale,
- Hygiène hospitalière,
- Stérilisation du matériel,
- Gestion de la morgue.

▪ **Le Livre IV - Manuel de Procédures du Contrôle Interne :**

Il traite de l'organisation et la gestion du contrôle interne. Il précise ses principes, ses objectifs et son exécution. Il donne la fiche descriptive des tâches de l'auditeur interne et les supports ou modèles des différentes activités. Ce document n'étant pas structuré en chapitres, ou parties nous donnons la liste des activités qui y sont décrites :

- Procédures de la Planification de la mission d'audit interne,
- Procédures de l'exécution de la mission d'audit interne,
- Rédaction du rapport de mission,
- Répertoire dossier de travail,
- Note d'orientation,
- Calendrier des interviews
- Questionnaires de contrôle interne ;
  - Des procédures administratives,
  - Des procédures d'achat,
  - Des procédures de la gestion des stocks,
  - Des procédures de la gestion des ventes,
  - Des procédures de la gestion des immobilisations,

- Evaluation des risques,
- Programme de vérification,
- Fiche de supervision,
- Modèle de rapport,
- Feuille de travail,
- Calendrier d'exécution des travaux,
- Point d'exécution de la mission,
- Droit de réponse
- Vérification de la gestion du courrier des ressources humaines et du système d'information sanitaire,
- Questionnaires du contrôle interne de gestion du courrier
- Procédures de la gestion du personnel
- Procédures de la gestion du système d'information sanitaire
- Procédures de contrôle interne des activités techniques.

### **1.3 EXAMEN ET ANALYSE DES DOCUMENTS :**

Nous nous assurerons dans cet examen et analyse de :

- La cohérence de l'information donnée dans les deux documents,
- L'identification de l'ensemble des activités réalisées ou menées au sein de l'hôpital, qui doivent être répertoriées et figurer sur l'organigramme,
- La formalisation des activités à travers des procédures définies décrites et des fiches de poste pour le responsable ou pilote du processus.

#### **1.3.1 Examen :**

D'une manière générale, nous constatons dans la présentation des documents que :

- le règlement intérieur ne porte aucune mention précisant la version « provisoire ou adoptée etc. » et la partie signature manque de datation et de cachet.

- La présentation et description du Manuel de procédures ne fait nulle part référence à sa structuration en quatre livres, ce qui peut rendre difficile sa consultation et prêter à confusion en ramenant le manuel au seul livre des Procédures Administratives.
- Les deux documents, (Règlement Intérieur et le Manuel de procédures), manquent de page introductive incitant à leur consultation à travers une présentation simple du rôle, l'utilité et l'impact des présentes procédures dans l'exécution des différentes opérations en terme de souplesse, de confort (gain de temps et moins de stress) et de performance dans l'exécution des différentes tâches assignées au personnel.



**Tableau 5.0 - situation des Services**

Désignation	statut				
	Décrit	Présent sur organigramme	Autre	Fiche de poste	Page
<b>Le Directeur Général</b>	oui	oui		oui	34-35
<b>Le Directeur Général Adjoint</b>	oui	oui		oui	36-38
<b>Le Secrétariat Particulier du Directeur</b>	oui	oui		oui	39-40
<b>Le Service Administratif et Financier</b>	oui	non	la fiche correspond au chef département	oui	55-60
sect. Approvisionnement	oui	oui		oui	62
Sect. Comptabilité Financière	oui	non		non	
<b>Agent Comptable</b>	oui	oui		oui	41-42
<b>La comptabilité générale</b>	oui	oui		oui	45-46
<b>la Comptabilité matière</b>	oui	oui		oui	50-51
<i>Magasinier</i>	non	oui		oui	52-53
<b>les caisses</b>	oui	non		non	50-51
<b>La régie de recette</b>	oui	oui		oui	49
<b>La régie d'avance</b>	oui	oui		oui	47--48
<b>Le contrôleur financier</b>	oui	oui		non	
<b>Le service de gestion des ressources humaines</b>	oui	oui	chargé des ressources humaines	oui	59-60
<b>La surveillance générale</b>	oui	oui		oui	98-99
<b>le bureau des entrées</b>	oui	oui		oui	56-57
<b>les Services Techniques</b>					
Chirurgie thoracique	non	oui	cité	oui	66-68/69-70
Neurochirurgie	non	oui	cité	oui	71-73/74-75
Gynécologie obstétrique	non	oui	cité	non	
Médecine interne	non	oui	cité	oui	76-77/78-79
Endocrinologie	non	oui	cité	oui	80-81/82-83
Pédiatrie	non	oui	cité	oui	84-85/86-87
Urgences	non	oui	cité	non	
Anesthésie, réanimation	non	oui	cité	non	
Imagerie médicale	non	oui	cité	oui	88-89/90-91
Laboratoire de biologie médicale /banque de sang	non	oui	cité	oui	92-94/95-96
Pharmacie hospitalière / hygiène hospitalière	non	oui	cité	non	
Santé publique	non	oui	cité	oui	97
Informatique médicale	non	non	cité	non	
Service social		oui	cité	oui	
Service de maintenance	non	non	cité	non	
<b>Unité de Soins</b>					
Bloc opératoire	non	non	cité	non	
unités de consultation externes	non	non	cité	non	
la kinésithérapie	non	non	cité	non	
L'acupuncture	non	non	cité	non	

**Tableau 5.1 - Situation des Services**

Désignation	statut				Page
	Décrit	Présent sur organigramme	Autre	fiche de poste	
le service social	oui	oui		oui	65
le service de maintenance	oui	non		non	
L'audit interne	oui	oui		oui	55
La gestion financière	oui	non		non	
Chargé de Cimptabilité générale	non	non		oui	45-46
Chargé de casier et de fiche detenteurs	non	non		oui	54
Section Comptabilité administrative	non	non		oui	61
Section emission	non	oui		oui	63
Section financière	non	non		oui	64
Surveillant de département	non	non		oui	100-101
Assistant medical en anesthésie réanimation	non	non		oui	102
Infirmier de bloc opératoire	non	non		oui	103
Technicien de santé/aide soignant	non	non		oui	104-105
Technicien de surface	non	non		oui	106-107



**Tableau 6.0 - Situation des Procédures**

Page Réf. Document	Identification de la procédure et tâche	Observations	
		Organigramme	Fiche de Poste
<b>Volume I Manuel des Procédures Administratives</b>			
Page 129	Gestion de la Documentation. Fiche de tâche accès au documents fait référence au <b>Responsable documentation</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 133	Gestion des Archives. Fiche des tâche de la gestion des Archives fait référence au responsable des archives	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 150	Collecte analyse des données Fiche de tâche. Cette tache fait référence au <b>Chargé des Statistiques</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 228	Achats - Fiche des tâches Consultation fournisseurs. Fait référence au Chef de Section marché public	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 257	Achats - Fiche des tâches achats < 25 millions, fait référence au <b>Chef section commandes courantes</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 278	Gestion des Immobilisation. Fiche de tâches réception du matériel de plus de 250 millions, fait référence au <b>Chef du département approvisionnement et Finances</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 303	Gestion des Immobilisation. Fiche de tâches de la procédure d'affectation des biens, fait référence au <b>Chef de Section Suivi mouvement du matériel</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
<b>Volume II Manuel des Procédures Financières et Comptables</b>		Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 50	Gestion de la Trésorerie. Fiche de tâches décaissement fait référence au <b>Régisseur des dépenses</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 64	Comptabilité Administrative. Fiche des tâches engagement, mandatement, liquidation des dépenses fait référence au <b>Chef section commandes courantes</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches

**Tableau 6.1 - Situation des Procédures**

Page Réf. Document	Identification de la procédure ou tâche	Observations	
		Organigramme	Fiche de Poste
<b>Volume III Manuel des Procédures Opérationnelles</b>			
Page 9-15	Consultation des malades - Accueil des malades. Les fiches de tâches font références au <b>chargé de l'accueil, à l'hôtesse et au médecin</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 25-37	Hospitalisation des malades	cette activité n'est pas mentionnée	cette activité n'est pas décrite
	les fiches de tâche de cette activité font référence au <b>infirmière de consultation, surveillant du service, à l'infirmier de garde, à l'infirmier de garde</b>	ces postes ne sont pas mentionnés	n'ont pas de fiches
Page 41-51	Intervention chirurgicale. Les fiches de tâches font référence au - <b>Chef de service de chirurgie, - responsable du bloc opératoire, -chef de service d'anesthésie, - chirurgien, - l'anesthésiste, -l'infirmier, -TSS/IDE, -surveillant de service.</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 53-68	Prise en charge des urgences. Les fiches font référence au <b>-IAO, - médecin, - brancardier, - agent médical, -chargé de l'état des lieux, -secrétariat d'admission, - infirmier, surveillant du service.</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 74-79	Anesthésie et la réanimation. Les fiches de tâches font référence au - <b>surveillant de service, - médecin, -médecin anesthésiste</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 82-84	Prise en charge à l'unité de kinésithérapie. Les fiches de tâches font référence au <b>kinésithérapeute</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 86-92	L'Imagerie médicale. Les fiches de tâches font référence au <b>-secrétaire, -médecin / assistant médical, -technicien supérieur, -praticien spécialiste, -médecin radiologue.</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 94-129	Analyse de biologie médicale. Les fiches de tâches font référence au : - <b>surveillant de service /secrétariat, -technicien, -agent chargé de prélèvement, -responsable de paillasse, - surveillant de labo, -biologiste technicien, -biologiste / technicien responsable qualité, - médecin / pharmacien biologiste de laboratoire, - médecin, -agent chargé de l'accueil, -médecin biologiste, -personnel technique du laboratoire, personnel du service d'hygiène, -chargé de qualité.</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches

**Tableau 6.2 – Situation des Procédures**

Page Réf. Document	Identification de la procédure ou tâche	Observations	
		Organigramme	Fiche de Poste
<b>Volume III Manuel des Procédures Opérationnelles</b>			
Page 131-133	l'Hygiène hospitalière. Les fiches de tâches font références au: <b>-les chargés de soins, - le chef d'unité, -le surveillant du service, le technicien sanitaire, - le responsable de la pharmacie</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 135 - 146	Stérilisation du matériel.	cette activé n'est pas mentionnée	cette activité n'est pas décrite
	Les fiches de tâches de font référence au : <b>-agents chargés de la décontamination du nettoyage et de la désinfection, - l'infirmier IBODE, -agents chargés du conditionnement, -chargé de stérilisation, chef d'unité stérilisation, - agents de service de soins, - agent de la buanderie, - agent chargé de la stérilisation dans les services de soins, - surveillant de la stérilisation</b>	Ces postes ne sont pas mentionnés	Ces postes n'ont pas de fiches
Page 147 - 150	La morgue	cette activé n'est pas mentionnée	cette activité n'est pas décrite
	les fiches de tâches de font référence au : <b>-l'hygiéniste de garde, - au brancardier</b>	cette activé n'est pas mentionnée	cette activité n'est pas décrite
<b>Volume IV Manuel des Procédures du contrôle Interne</b>			
	Ce document se présente comme une compilation de méthode de contrôle interne des procédures administratives financière et comptable et ne fait aucune mention des méthodes de contrôle interne des procédures opérationnelles. Le manque de structuration, rend très difficile l'utilisation du document.		

### 1.3.2 Analyse :

L'analyse des différents livres du manuel de procédures et du règlement intérieur, nous a permis de dresser deux tableaux présentant différentes situations rencontrées dans les documents ci-dessus cités :

- Les tableaux, 5.0 et 5.1 ; donnent la situation des différents services de l'établissement, à savoir s'ils sont mentionnés dans l'organigramme, ont fait l'objet d'une description de leurs activités ou de leur fonctionnement et enfin, s'ils disposent d'une fiche descriptive des tâches.
- Les tableaux, 6.0 - 6.1 – 6.2 ; présentent la situation des procédures dont les fiches de tâches font référence à des postes ou services qui ne sont pas mentionnés dans l'organigramme et ne disposent pas de fiche descriptive de poste.

L'analyse des différents tableaux<sup>7</sup> nous montre que :

- Les données sur l'organisation de l'hôpital varient d'un document à l'autre. L'organigramme<sup>8</sup> présenté dans le manuel donne une organisation de l'établissement en départements, et la description en amont en fait des services.

Cette description de l'organisation de l'hôpital en service ne permet pas la lisibilité du lien hiérarchique entre les différents services décrits. Exemples ;

- l'agent Comptable et la comptabilité matière sont rattachés à la direction dans l'organigramme, mais dans la description des services, ces deux entités relèvent du service Administratif et Financier<sup>9</sup>.
- L'Agent comptable, les Régisseurs de recettes et d'avances, selon leurs descriptions, sont nommés par arrêté interministériel et sont soumis aux mêmes obligations et responsabilités<sup>10</sup>. Par contre, sur l'organigramme, les régies sont placées sous la responsabilité de l'Agent comptable,

---

<sup>7</sup> Tableaux 1, 2 &3.

<sup>8</sup> Page 22 du Manuel de Procédures Administratives,

<sup>9</sup> Page 18 Manuel de Procédures Administratives

<sup>10</sup> Idem 1

- Les services de maintenance et social sont décrits comme sous services techniques<sup>11</sup>. Dans l'organigramme le service social est rattaché au Département Administration – Finance et le service de maintenance n'est mentionné nulle part.
- Des activités de l'établissement n'ont pas fait l'objet d'identification et de formalisation, ou ne figurent pas dans l'organigramme, (soit celles-ci n'ont pas fait l'objet de description de poste, soit ne disposent pas de fiche de tâche). Exemple ;
  - l'hospitalisation qui est une activité centrale de l'hôpital n'est pas décrite nulle part et ne figure pas non plus dans l'organigramme. Par contre, il existe des fiches de tâches correspondant à cette activité, (surveillant de départements techniciens de santé)
  - Des structures opérationnelles majeures, telles que ;
    - La gynécologie obstétrique,
    - Les urgences,
    - L'anesthésie réanimation,
    - La pharmacie et l'hygiène hospitalière,
    - La documentation,
 qui existent dans l'organigramme, n'ont pas fait l'objet de description et ne disposent pas de fiches de poste, etc.
- Des postes formalisés dans les fiches de tâches du manuel de procédures, ne sont pas au préalable identifiées, décrites ou mises dans l'organigramme. Exemple ;
  - La procédure « Gestion de la documentation » fait référence à un poste de responsable de la documentation qui ne figure pas sur l'organigramme et ne dispose pas de fiche de poste,

---

<sup>11</sup> Page 20 et 21 Manuel de Procédures Administratives

- Il en est de même pour la procédure financière et comptable dont les fiches de tâches font référence au Régisseur des dépenses, au Chef section commandes courantes. Ces postes ne figurent pas dans l'organigramme et n'y sont pas décrits.
- On constate la même situation dans le manuel des procédures opérationnelles. Les fiches de tâches de la procédure de consultation externe font référence au chargé de l'accueil, de l'hôtesse et du médecin. Ces postes ne sont pas décrits et n'apparaissent pas sur l'organigramme, etc.
- Nous soulignons ici que ces trois postes jouent un rôle très important dans l'appréciation et la satisfaction des patients.

Certaines dispositions fondamentales sont formulées différemment d'un document à l'autre, exemple ;

- La procédure Accueil, Consultation Externe, hospitalisation ;
  - o Le Règlement intérieur, en ses articles 6 et 45, précise que les agents de la section accueil relèvent du service social,
  - o La description des postes et les fiches de tâches de cette procédure mettent ces agents d'accueil sous la responsabilité du bureau des entrées.
- La procédure Hospitalisation des Malades ;
  - o Le règlement intérieur précise en son article 23, que l'admission des patients à l'hôpital du Mali est prononcée par le Directeur Général au regard de certains documents cités dans ledit article.
  - o Le manuel des procédures opérationnelles, n'évoque plus la même disposition et semble attribuer ce rôle aux médecins de la consultation externe, aux urgences et aux responsables des services de chirurgies.

Enfin, nous constatons que Le livre IV le Manuel de Procédures du Contrôle interne, de part son manque de structuration est très difficile à exploiter. Ce

document se présente comme une compilation de méthode de contrôle interne des procédures administrative financière et comptable et ne fait aucune mention des méthodes de contrôle interne des procédures opérationnelles

#### **1.4 ELABORATION DES QUESTIONNAIRES :**

Nous avons formulé deux séries de questionnaires :

- La première série est destinée à la direction. Ce questionnaire porte sur 5 cinq objectifs :
  - A. S'assurer de l'effectivité et du fonctionnement des organes de gestion,
  - B. S'assurer de la participation du personnel à l'élaboration du Manuel de Procédures,
  - C. S'assurer de la validation, approbation et adoption du Manuel de Procédures,
  - D. S'assurer de la mise en application du Manuel de Procédures,
  - E. S'assurer de la mise en application du Règlement Intérieur.
- La deuxième série de questionnaire est destinée aux Chefs de services et d'Unités. Elle porte sur un seul objectif :
  - A. s'assurer de la disponibilité du Manuel de Procédures, du Règlement Intérieur et sa mise en application par le personnel.

##### **1.4.1 Questionnaires de la série I**

<b>Hôpital du Mali</b>								
<b>EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU MANUEL DE PROCEDURES</b>								
<b>Cadre : Etudes et Evaluation de la démarche qualité mis en place à l'Hôpital</b>								
Structure Concernée : <b>DIRECTION</b>			Dir.Rech : <b>Dr DRAME</b>			Etudiant : <b>S. DIALLO</b>		
<b>A. Objectif : S'assurer de l'effectivité et du Fonctionnement des organes de Gestion</b>								
<b>Les Organes de Gestion Prévue par le cadre Organique</b>	<b>Le conseil d'Administration</b>	<b>La Direction,</b>	<b>Le comité de Direction,</b>	<b>les organes Consultatifs</b>	<b>*La Commission Médicale d'Etablissement (CME)</b>	<b>* La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux (CSIO)</b>	<b>*Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)</b>	<b>*Le Comité Technique d'Hygiène et de Sécurité (CTHS)</b>
<b>1. Les organes de gestions prévus par le cadre organique sont ils mis en place?</b>								
<b>OUI</b>								
<b>NON</b>								
<b>PREUVES</b>								
<b>COMMENTAIRES</b>								
<b>2. Ces Organes fonctionnent ils normalement suivant les périodicités prévues ?</b>								
<b>OUI</b>								
<b>NON</b>								
<b>PREUVES</b>								
<b>COMMENTAIRES</b>								

<b>Hôpital du Mali</b>					
<b>EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU MANUEL DE PROCEDURES</b>					
<b>Cadre : Etudes et Evaluation de la démarche qualité mis en place à l'Hôpital</b>					
Structure Concernée : <b>La Direction</b>		Dir.Rech : Dr DRAME		Etude. : S. DIALLO	
N°	QUESTIONS	OUI	NON	PREUVES	COMMENTAIRES
<b>B</b>	<b>Objectif : S'assurer de la participation du personnel à l'élaboration du Manuel de Procédure:</b>				
<b>1</b>	Les présents manuels de procédures émanent :				
	* Du Conseil d'Administration?				
	* De la Direction?				
<b>2</b>	Qu'est qui justifie l'élaboration des présentes manuel de procédures?				
	Constat par le Conseil d'Administration ou de la Direction d'un disfonctionnement des services,				
	*lesquels?				
	Manque de resourcés financières?				
	Non atteinte des objectifs fixés par le Conseil d'Administration				
	*lesquels?				
	Constat d'un problème de performance,				
	*lesquels?				
	Difficulté dans l'exécution des missions assignées à l'hôpital				
	*lesquelles?				
	Autres raisons justifiant l'élaboration du présent manuel				
<b>3</b>	Participation du personnel à l'élaboration du Manuel de Procédures				
	Le présent manuel a-t-il été élaboré par				
	*La Direction de l'hôpital?				
	*Un consultant choisi par l'hôpital?				
	*Les sévices Techniques de l'hôpital?				
	Les groupes impliqués dans l'élaboration du manuel ;				
	*les organes consultatifs de la Direction?				
	*les cadres administratifs et financiers?				
	*les cadres techniques, médecins et autres spécialistes ?				
	*les responsables des services ?				
	*le syndicat?				
	*l'ensemble du personnel sans distinction de rang?				
	**Comment?				
	*Autres mode participation à préciser				

<b>Hôpital du Mali</b>					
<b>EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU MANUEL DE PROCEDURES</b>					
<b>Cadre : Etudes et Evaluation de la démarche qualité mis en place à l'Hôpital</b>					
Structure Concernée : <b>La Direction</b>		Dir.Rech : Dr DRAME		Etude. : S. DIALLO	
N°	QUESTIONS	OUI	NON	PREUVES	COMMENTAIRES
<b>C Objectif : S'assurer de (la validation) l'approbation et l'adoption du Manuel de Procédures</b>					
<b>1</b>	Les présents manuels de procédures a t il été soumis à l'approbation ;				
	* Du Conseil d'Administration?				
	* D'organismes indépendants de certification qualité?				
	*Du personnel administratif et techniques				
	**lesquels?				
	* D'organismes Etatique de contrôle				
	**lesquels?				
	* Des responsables administratifs, financiers et techniques de l'hôpital?				
	Autres mode d'approbation à préciser				
<b>2</b>	Les présents manuels de procédures a t il l'objet de décision d'adoption				
	* Par le Conseil d'Administration?				
	* Par la Direction?				
	* Le ou les Syndicats du personnel?				
<b>D Objectif : s'assurer de la Mise en application du Manuel de Procédures</b>					
<b>1</b>	L'application, le suivi et la mise en œuvre du présent manuel est confié à				
	* Un service spécifique?				
	**lequel?				
	* A un responsable autonome				
<b>2</b>	Le présent manuel a t il fait l'objet de transmission officielle à tous les services unités et autres entités administratives et techniques de l'hôpital?				
<b>3</b>	Les responsables de services et d'unités ont-ils été formés sur l'utilisation du manuel et les avantages qu'il apporte à l'accomplissement de leurs tâches?				
<b>3</b>	la mise en œuvre du présent manuel a t il fait l'objet d'évaluation?				
	* Par quelle structure?				
<b>5</b>	Le présent manuel a t il fait l'objet de révision comme prévu dans ses dispositions ?				
<b>6</b>	Pensez vous que le présent manuel est mis en application au sein des services unités et entités techniques et administratives de l'hôpital?				
Diverses Observations					

<b>Hôpital du Mali</b>					
<b>EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU MANUEL DE PROCEDURES</b>					
<b>Cadre : Etudes et Evaluation de la démarche qualité mis en place à l'Hôpital</b>					
Structure Concernée : <b>La Direction</b>		Dir.Rech : Dr DRAME		Etude. : S. DIALLO	
N°	QUESTIONS	OUI	NON	PREUVES	COMMENTAIRES
<b>E</b>	<b>Objectif : S'assurer de la mise en application du Règlement intérieur</b>				
<b>1</b>	Le Règlement intérieur de l'hôpital a t il fait l'objet de traduction dans d'autres langues?				
	* lesquelles?				
<b>2</b>	L'application et le suivi de l'application du règlement intérieure est confié à				
	* Un service spécifique?				
	**lequel?				
	* A un responsable autonome				
<b>3</b>	Le présent règlement intérieur a t il fait l'objet de transmission officielle à tous les services unités et autres entités administratives et techniques de l'hôpital?				
<b>4</b>	Le présent règlement intérieur a t il fait l'objet d'affichage dans les locaux de l'hôpital?				
	* ou?				
<b>5</b>	Les responsables de services et d'unités ont-ils été formés sur les exigences du Règlement intérieur?				
<b>6</b>	Les malades sont ils informés de leurs droits et devoirs au sein de l'hôpital?				
Diverses Observations					

### 1.4.2 Questionnaires de la série II.

Hôpital du Mali					
EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT INTERIEUR ET DU MANUEL DE PROCEDURES					
Cadre : Etudes et Evaluation de la démarche qualité mis en place à l'Hôpital					
Structure Concernée : Chef de services et d'unités		Dir.Rech : Dr DRAME		Etude. : S. DIALLO	
N°	QUESTIONS	OUI	NON	PREUVES	COMMENTAIRES
<b>A</b>	<b>Objectif : S'assurer de la disponibilité du Manuel de procédures et du Règlement intérieur</b>				
<b>1</b>	Etes vous informé de la mise en application du Manuel de procédure de l'Hôpital?				
	* Par quelle source?				
	**Courrier				
	**Autres à préciser				
<b>2</b>	Avez-vous vu ou parcouru, au moins une fois, l'ensemble des livres du Manuel de Procédures				
<b>3</b>	Disposez vous d'un exemplaire du manuel ou des parties du manuel se reportant à votre activité?				
	<i>Si Non continuer sur le Règlement intérieur</i>				
<b>4</b>	Pouvons nous le consulter?				
<b>5</b>	Votre observation sur le Manuel				
	*Facile à comprendre et à mettre en application?				
	*Difficile à mettre en application?				
	** Préciser les raisons?				
	*Inapproprié au contexte socioculturel ou technique (préciser)				
	* Autres				
<b>6</b>	Votre personnel est il informé ou formé sur le contenu du Manuel et son utilisation en cas de besoin?				
<b>7</b>	<b>Observation d'une de l'exécution d'une tâche déjà décrite dans le manuel</b>				
	* Votre appréciation sur l'exécution de la tâche ?				
	*Est il exécuté conformément aux dispositions de la fiche de tâche?				
	*Quel avantage apporte ou apportera l'application des dispositions du manuel à l'exécution de cette tâche?				
	* Autres				

<b>Hôpital du Mali</b>					
<b>EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU MANUEL DE PROCEDURES</b>					
<b>Cadre : Etudes et Evaluation de la démarche qualité mis en place à l'Hôpital</b>					
Structure Concernée : Chef de <b>services et d'unités</b>		Dir.Rech : Dr DRAME		Etude. : S. DIALLO	
<b>N°</b>	<b>QUESTIONS</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>PREUVES</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
<b>8</b>	Avez-vous des suggestions pour la bonne mise en application du manuel dans votre service ou unité?				
<b>9</b>	Etes vous informé de la mise en application du Règlement intérieur de l'Hôpital?				
	* Par quelle source?				
	** Courrier				
	** Autres à préciser				
<b>10</b>	Pouvons nous le consulter?				
<b>11</b>	Votre personnel est il informé ou formé sur le contenu du Règlement intérieur ?				
<b>12</b>	Avez-vous l'habitude d'informer les patients sur les dispositions du Règlement intérieur?				
	* Qu'elle est la réaction des Patients?				
Diverses Observations					

## **II. DEUXIEME PARTIE**

## **2.1 DEROULEMENT DE L'EVALUATION :**

L'évaluation de la mise en application du Règlement Intérieur et du Manuel de procédures, s'est déroulée par interview de la Direction, du surveillant général, des différents chefs de services et d'unités de l'hôpital à travers la grille de questionnaires ci-dessus. A la demande la Direction, la liste des personnes à interviewer s'est élargie aux surveillants des différents services techniques.

## **2.2 OBSERVATIONS :**

### **i. De l'Effectivité et du fonctionnement des organes de Gouvernances :**

Tous les organes de gouvernance de l'hôpital ; le conseil d'Administration, La Direction, le Comité de Direction et les organes consultatifs sont mis en place et tiennent des rencontres périodiques.

### **ii. De l'organisation et du cadre de l'hôpital**

L'hôpital du Mali est organisé en services, contrairement aux dispositions de l'organigramme, qui présente une organisation en départements. A travers les interviews, nous avons constaté que :

- tous les services ne disposent de la totalité des entités nécessaires à leurs fonctionnements, (généralement, manque de secrétariat dans les services techniques),
- les entités existantes de nombre de services disséminées entres les différents bâtiments en fonction de la disponibilité de place.

Les services d'analyse biomédicale, d'imagerie médicale, d'urgences et de réanimations sont les seuls à disposer d'espace mais insuffisants pour le bon déroulement des activités, (un bureau occupé par deux ou trois personnes, insuffisance des sanitaires et manque de vestiaires etc.).

Enfin, nous constatons que l'hôpital ne dispose pas d'espace de documentation et de place appropriée d'archivage de ses données, particulièrement le dossier des patients dont la confidentialité et la conservation durant 10 ans<sup>12</sup> au moins sont exigées par le cadre organique.

---

<sup>12</sup> Articles 30 et 31 de la Loi N°02-050/du 22 juillet 2002, Portant loi hospitalière

Signalons enfin que la collecte d'informations et de données sont très fastidieuses au sein de l'établissement, manque structure de centralisation de la documentation et des données, obligation de faire le porte à porte pour la collecte de données, Dominance de donnée numérique au détriment de copie dure.

**iii. De l'élaboration du Règlement intérieur, du Manuel de Procédures et la participation du Personnel dans le processus :**

La Direction nous a précisé que le Règlement intérieur et le Manuel de procédures, sont des exigences des textes organiques de gouvernance de l'hôpital. Par contre, leur élaboration dès les premières années de fonctionnement de l'hôpital, résulte de sa volonté manifeste d'assurer la transparence dans la gestion et la qualité dans les prestations de l'hôpital.

Les différentes interviews ont confirmé l'implication des responsables en fonction notamment le surveillant Général, les chefs de services, (administratif financier et technique), les chefs d'unités, les surveillants de services et le syndicat dans l'élaboration du Manuel de procédure. Cette participation a consisté en la formulation des différentes procédures sous la direction du consultant engagé par la direction et en leurs validations au cours d'un atelier de restitution.

**iv. De l'adoption et l'approbation du Manuel de Procédures :**

Le Manuel de procédure après validation par le personnel a été adopté par le Conseil d'Administration de l'hôpital. Il a ensuite été approuvé par le Contrôle Général des Services Publics par lettre N°033 du 28 janvier 2015.

**v. De la Mise en application du Règlement et du Manuel de Procédure et sa Gestion :**

Le Règlement Intérieur a été mis en application depuis 2012. Et le Manuel de Procédures est en pratique depuis 2015. Il ressort de l'interview de la direction que la gestion de leurs mises en application n'est spécifiquement confiée à aucune structure de l'hôpital. Par contre, la fiche descriptive de poste du Surveillant Général précise que ce dernier doit « veiller au respect du règlement intérieur au sein de l'établissement »<sup>13</sup>. Quant au Manuel de Procédures, la direction comptait,

---

<sup>13</sup> Fiche Descriptive du Poste de Surveillant Général de l'hôpital page 98 du livre I Manuel des Procédures Administratives.

de manière tacite, sur le service d'audit interne qui, malheureusement ; ne fonctionne plus, par manque de personnel.

La même interview nous a fait comprendre que les deux documents ont été distribués, comme des courriers aux différents chefs de services et d'unités, sans être accompagnés d'une note technique insistant sur leurs utilités encore moins de tout l'intérêt que la direction accorde à leurs mises en application.

Cette mise en application, d'une part, n'a pas été accompagnée de formation des acteurs concernés et ne semble pas d'autre part, avoir fait, l'objet de débats au sein du comité de direction, ou des organes consultatifs de l'établissement, (Commission Médicale, Commission des Soins Infirmiers, comité Technique d'Etablissement et Comité d'Hygiène et de Sécurité), et non plus avoir été accompagné d'une formation des acteurs etc.

**vi. De la Disponibilité du Règlement intérieure et du Manuel de Procédure dans les Services et sa vulgarisation auprès du personnel :**

Pour la disponibilité des documents, nous avons constaté au cours des interviews que :

- Les chefs de services et d'unités ont reçu un exemplaire de chaque document et parfois même le fichier numérique du Manuel de Procédure. Cette confirmation nous a été donnée par tous les chefs de service et d'unités rencontrés.

Par contre, nous n'avons pas pu toujours consulter l'exemplaires du Manuel de Procédure pour la simple raison que le responsable ne se souvenait plus de son classement.

Quant au Règlement intérieur, il est pratiquement introuvable, nous n'avons pu le consulter que dans un seul service.

- les surveillants de services, les responsables de sections administratives, financières, sociales et techniques ne disposent d'aucun exemplaire, ni du Règlement intérieur ni du Manuel de Procédures.

Pour la vulgarisation des documents auprès du personnel, nos différents interlocuteurs nous ont fait part de certaines difficultés qui sont :

- Au niveau du service administratif et financier, certaines dispositions du Manuel, relatives à la mise en concurrence des fournisseurs, ne sont plus valides suite à la modification du code des marchés publics et des délégations de service public par le Décret N°2015-0604/P-RM du 25 septembre 2015.
- Au niveau des services techniques, la mobilité du personnel médical et paramédical. Cette difficulté est posée à deux niveaux :
  - Pour le bon fonctionnement des services techniques, (assurer les gardes), l'hôpital fait appel à des prestataires individuels de services, médecins, techniciens de santé et infirmiers. Ce personnel inconstant, change régulièrement,
  - Le mouvement du personnel permanent. Des chefs de service et d'unités nous ont expliqué que, depuis l'élaboration du manuel de procédures, un grand nombre du personnel permanent en fonction, qui ont eu à participer en la l'élaboration des procédures ou à bénéficier de la mise à niveau sur son application, ont été remplacés. Ce mouvement du personnel a concerné bon nombre de surveillant de service.
- le problème de multiplication du document en copies suffisantes pour la consultation du personnel, qui fonctionne par rotation, (équipe de garde).

Les interviews nous ont permis de constater un problème de communication et de contrôle indirect au sein du personnel d'un même service. Cette situation, plus perceptibles dans les services dont les entités ne sont pas regroupées en un même lieu, est entrain de créer un nouveau concept hiérarchique à plusieurs niveaux.

En effet à la place de la notion de service en tant qu'entité organisée et hiérarchiques est en entrain d'être substitué une sorte de hiérarchie par corps professionnel rattachée aux différents organes consultatifs ou à une autorité déterminée en dehors du service.

Les surveillants de services et les infirmiers pensent être rattachés à la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux et au Surveillant Général avec qui, ils travaillent plus en étroite collaboration sur les questions administratives et de gestion qu'avec le chef de service qui ne semble gérer que les questions techniques de dispensation de soins. Même constat chez les médecins très indépendants qui se reconnaissent plus dans la Commission Médicale d'Etablissement et le personnel administratif au syndicat.

Enfin, nous avons constaté qu'aucun patient n'est au préalable informé du contenu du règlement intérieur, de même que le personnel, stagiaire, contractuel ou permanent, affecté par l'Etat, ou recruté par l'hôpital. Le recours au règlement intérieur ne se fait qu'en cas de fautes commises.

Nous signalons que le constat de la diffusion partielle des documents, nous a amené à surseoir à la question N°07 dans les entretiens avec les responsables des structures, « Observation de l'exécution d'une tâche et comparaison avec les procédures du manuel »

**vii. De la Connaissance et de la maîtrise du Contenu du règlement Intérieur et du Manuel de Procédures :**

Tous les responsables<sup>14</sup> interviewés pensent connaître le contenu des deux documents et exécuter leurs tâches conformément à leurs prescriptions. Par contre, en réponse à la question, « **Avez vous parcouru au moins une fois l'ensemble des livres du manuel de procédures ou du règlement intérieur ?** »

Les réponses sont systématiquement négatives, avec l'argument « nous les connaissons pour avoir eu à participer à leurs élaborations ou adoption ».

Les situations soulignées dans l'analyse des différents documents et nos observations, démontrent tout le contraire de cette maîtrise des dispositions des deux documents :

---

<sup>14</sup> Ils n'ont pas connu de renouvellement ou changement depuis l'élaboration du Règlement et du Manuel

- La tenue portée par le personnel consignée dans le Règlement intérieur en fonction de la profession. Pourtant des infirmiers, des agents de la maintenance ou de l'administration portent parfois les mêmes blouses que les médecins ou les agents du service administratif portent les mêmes blouses que les infirmières. Certaines infirmières mêmes portent des blouses qui ne sont même pas répertoriées.
- Aux services des urgences, un extrait de la loi hospitalière, à peine visible et une note du Directeur sur la tarification et les Heures de visites sont affichés, sur la porte d'entrée du service. Ces deux affiches ne font aucune référence au Règlement intérieur et au Manuel de Procédures qui traitent largement de ces deux sujets.
- Toujours dans les urgences, une fiche précisant les tâches des infirmières et sans mention de la source, est affichée dans le couloir du service. Le contenu de cette note est bien différente des procédures décrites dans le Manuel des procédures opérationnelles.

**viii. Des Patients et de leurs prises en charge :**

Notre travail, qui a pour objet l'étude de la démarche qualité mise en place au sein de l'hôpital, ne peut ignorer dans ses observations le traitement des patients, ou clients, dont la satisfaction est la raison d'être de toutes démarches ou systèmes de management de la qualité.

La préface du Directeur, systématiquement reprise dans chaque du livre du Manuel, précise : nous citons « **l'offre de soins de qualité pour répondre à la demande de soins des populations passe par la prise en charge systématique, diligente, coordonnée et efficace des malades** ».

Nous constatons que l'accès des patients aux différentes prestations de l'hôpital, relève du parcours du combattant. Le patient doit passer par des séries de files avec leurs propres numéros d'ordre ;

- trois files au moins avant d'être consulté ;
  - file pour se faire identifier,
  - files pour l'assurance maladie

- file pour payer la consultation,
- file pour la consultation.
- deux files au moins pour faire les examens complémentaires ;
  - file pour l'assurance maladie,
  - file pour payer l'examen ou l'ordonnance,
  - file pour faire l'examen ou avoir les produits pharmaceutiques,
  - file pour avoir les résultats des examens

L'accès aux différentes formalités ne fait aucune différence entre malades en urgence, hospitalisés et patients en consultation externe référé ou de première consultation.

- Au bureau des entrées, les patients en consultation externe de différents états, les accompagnants de malades en urgence ou hospitalisés, en présence des hôtesse d'accueils confortablement assis, sont livrés à eux-mêmes sans distinction, ni informations, ou orientations, se débattant parfois pour accéder aux différents guichets. Un spectacle désolant ! ;
 

« Après des minutes d'attente dans une file régulièrement reconstituée, le caissier dire *« tu n'as pas de numéros d'identification, tu ne peux pas payer la consultation, ou tu t'es trompé de caisse, ici c'est la caisse pharmacie »* etc. et sans se donner parfois la peine de guider le malheureux.
- Aux services des urgences et de réanimation :
  - Une voiture s'arrête, un des passagers entre à toute allure dans le service, quelques minutes après, sort un agent du service pour rapidement faire un interrogatoire des accompagnants, jette un regard furtif sur le malade et finalement signifie aux *accompagnants* « *Nous n'avons plus de place, amenez le malade dans un autre hôpital* », dont le plus proche est à une quinzaine de kilomètre (15 km) au moins.

Toutes ces scènes se passent en face d'un extrait de la loi hospitalière affichée sur la porte et sous le regard vigilant des caméras de surveillance.

- Aux pavillons d'hospitalisations ;

Les accompagnants de malade ne sont pas les bienvenus, on leur reproche d'encombrer ;

- les salles par leurs présences au chevet des malades et,
- les espaces extérieurs, voire détruire par leurs occupations anarchiques et multifonctionnelles des jardins et terrasses etc.,

Pourtant, sans ces accompagnants aucune prise en charge systématique, diligente, coordonnée et efficace n'est présentement possible au sein de l'hôpital.

Qu'ils soient au chevet du malade ou sous les abris de fortune, ils sont sollicités pour :

- les différentes formalités administratives,
- l'achat des différentes ordonnances et amener des produits au chevet du malade,
- le suivi continu du malade sous traitement, (sauf dans les urgences et les soins intensifs), pour donner l'alerte en cas de réaction, fin d'une perfusion etc.
- la formalisation des examens complémentaires ;
  - pour les analyses biomédicales, paiements, amener des tubes de prélèvement, dépôts des prélèvements aux laboratoires d'analyses, (dont une bonne partie se font à l'extérieur de l'hôpital) et enfin l'amener des résultats pour prise de décision,
  - pour les examens d'imagerie le même processus est valable
- l'alimentation et l'hygiène du malade,

Les accompagnants à ce stade sont indispensables pour la qualité des prestations données par l'hôpital. Leurs organisations et gestions méritent d'être intégrées dans les procédures de prise en charge des malades.

## **2.3 CONCLUSIONS :**

La présente évaluation montre que :

- Le Règlement intérieur, bien que des certitudes nous aient été données sur sa ventilation, n'existe plus au niveau des différents services,
- Des preuves suffisantes existent quant à la distribution du Manuel de procédures dans les différents services et unités de l'établissement,
- Un doute plane cependant sur le partage et la vulgarisation des deux documents auprès de l'ensemble du personnel,
- une situation de non validité de certaines dispositions du manuel de procédures est constatée au niveau des procédures administratives.

En conséquence, faute de large diffusion et de vulgarisation des documents référentiels auprès de l'ensemble du personnel, aucune situation sur la mise en application ne peut être constatée.

**La mise en application de ces deux documents référentiels n'est pas effective. Au stade actuel, le processus de la mise en application des deux documents, demeure toujours dans sa phase diffusion. La phase mise en application directe par le personnel au niveau des différents services et unités n'est pas encore enclenchée.**

L'analyse des différents documents et les raisons évoquées par nos interlocuteurs pour leur non mise en application, nous amène à conclure que l'élaboration, surtout du Manuel de Procédures et la mise en application des deux documents, comme outil de gestion, de maîtrise et d'amélioration de la qualité ont manqué de :

- vision,
- de politique,
- et d'approche.

### **III. TROISIEME PARTIE :**

### **3.1 CONCEPT DE LA QUALITE ET DE LA DEMARCHE QUALITE ;**

Le concept de la Qualité et la Démarche Qualité, plus connu et maîtrisé dans le secteur industriel et des nouvelles technologies, s'installe progressivement dans le domaine Hospitalier, avec parfois une appréhension des gestionnaires et praticiens, de ne pas être à mesure de maîtriser les multiples exigences de cette démarche, vues et considérées par certains comme une tracasserie administrative.

Aussi, dans un souci de vulgarisation et d'appropriation de ce concept qualité, nous avons jugé nécessaire de commencer cette troisième partie par la définition des principaux termes et expressions utilisés dans notre étude dans un langage propre au contexte hospitalier. Ce rappel facilitera, la compréhension de nos recommandations.

#### **3.1.1 Le Concept de la Qualité :**

##### **La Qualité ?**

« Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites, de manière durable.

L'entité peut être un produit ou un service; ainsi l'exacte réponse aux besoins exprimés et implicites du demandeur de soins, constitue la qualité de l'entité « soin ». »<sup>15</sup>

##### **La Qualité des Soins :**

« La qualité des soins est la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de soins (OMS, 1982 ; Hurlimann, 2001).

---

<sup>15</sup> Page 5 Les méthodes et Outils de la qualité en santé

Ainsi, la satisfaction des usagers et la qualité des services sont fondamentalement liées et les six dimensions des soins de qualité comprennent : efficacité, efficience, accessibilité, acceptabilité, centré-patient, équité et sécurité (Flodgren, 2011). »<sup>16</sup>

La satisfaction du patient, comportant une part de subjectivité, impose de prendre en compte plusieurs types de qualité selon divers points de vue, patients, familles et professionnels de santé.

Cette situation amène à distinguer quatre types de qualités qui sont :

- 1) la qualité attendue par le patient, qui traduit ses besoins et son expérience antérieure du service,
- 2) la qualité perçue ou vécue, qu'expérimente le patient et qui dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée,
- 3) la qualité voulue, formulée par l'établissement de santé sous forme de critères explicites qui permettent d'apprécier la conformité des prestations et,
- 4) la qualité délivrée, celle que reçoit réellement le patient.<sup>17</sup>

### 3.1.2 Le Concept de La Démarche Qualité ?

« La Démarche Qualité ne relève pas de l'utopie. Elle est un moyen d'efficacité économique, celle-ci supposant entre autres une grande motivation des hommes »<sup>18</sup>

« La Démarche Qualité est une stratégie de gestion de la qualité basée sur l'amélioration des processus et des systèmes. Il s'agit d'une approche recourant de manière systématique à la « roue de Deming » ou « cycle du PDCA » : Planifier – Développer – Contrôler – Ajuster (Engels, 2006), pour résoudre les causes locales d'une détérioration de la qualité des soins (Brennan, 2009) dans le but d'une plus grande satisfaction des patients « en terme de procédures, résultats et contacts humains » (Hürlimann, 2001) »<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> <sup>16</sup> Page 9 – Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux dans de Régionaux au Cameroun Fév. 2013

<sup>17</sup> Page 9 – Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux dans de Régionaux au Cameroun Fév. 2013

<sup>18</sup> Page 12 -PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE EN ETABLISSEMENT DE SANTE. ANAES avril 2002

<sup>19</sup> Page 13 – Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux dans de Régionaux au Cameroun Fév. 2013

## **La Démarche Qualité est**

- ❖ Un processus d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies
- ❖ Une démarche volontariste et collective, sur une longue durée, engagée par un établissement ou un service, afin de conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles.<sup>20</sup>

### **3.1.3 Les Principes Essentielles de la démarche Qualité :**

Les auteurs du guide « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », en retiennent sept qu'ils traduisent dans un langage que nous trouvons plus adapté au contexte des établissements de santé.

Ces principes sont :

#### **1. L'attention aux clients (Patients) :**

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

#### **2. L'Importance du leadership :**

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

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

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

---

<sup>20</sup> Page 3 –LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICOSOCIAUX Agence Régionale de Santé Bourgogne Direction de l'Offre de soins et de l'Autonomie Département Appui à la performance.

### 3. Une démarche participative :

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

- l'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectives qualités. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs par une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement ;
- l'amélioration des processus suppose une réflexion de ceux qui mettent en œuvre ces processus au quotidien ; une démarche participative permet d'identifier et d'exécuter les actions pertinentes d'amélioration.

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

### 4. Une approche Méthodique :

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, la correction des dysfonctionnements, ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et d'outils de la qualité. Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les causes des dysfonctionnements, de les mettre en œuvre sous forme de plans d'actions, d'évaluer leurs effets et de les réajuster, s'il le faut. Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

## 5. L'approche Processus, La transversalité, Le pluri professionnalisme :

La formation initiale et la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels de chaque profession. Ce mécanisme a permis et permet encore de grands progrès en termes de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations.

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

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

La qualité produite et la satisfaction du client dépendent maintenant de cet aspect organisationnel, au-delà de la qualité technique de chaque étape du processus concerné. Dès lors, il faut porter les efforts sur l'organisation de la relation entre les professionnels.

La transversalité consiste d'une part, à sans cesse étudier les dysfonctionnements en regroupant les professionnels concernés afin que chacun connaisse non seulement sa prestation propre, mais aussi celles des autres et d'autre part, autant que possible à organiser la production directement de manière transversale en réunissant les différents acteurs autour du processus. Les contraintes des uns et des autres sont ainsi identifiées, connues de tous, partagées et prises en compte. C'est par cette démarche transversale qui conduit au décroissement que l'essentiel des gains actuels en termes de qualité est acquis en augmentant l'efficacité collective.

6. L'amélioration continue, la résolution de problème et le traitement des dysfonctionnements :

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

7. La mesure

La mesure est une exigence de la qualité. Elle permet d'apprécier la satisfaction des clients, la conformité des produits et services à des références et le bon déroulement des processus.

Mesurer permet aussi d'apprécier et de valoriser le travail accompli, de remettre en confiance les professionnels et les clients quant au maintien d'une qualité de production et d'apporter la preuve des progrès réalisés.

#### **3.1.4 Caractéristiques de la démarche qualité dans les établissements de santé :**

La démarche qualité développée dans les établissements de santé est essentiellement une démarche de management. « Elle fait appel au corpus théorique développé autour de la notion d'amélioration continue de la qualité ou de son management. Le concept de management de la qualité est lié à celui d'une amélioration continue de la qualité. Il correspond à un mode de gestion de l'entreprise qui, pour atteindre les objectifs stratégiques qu'elle s'est fixés, intègre une démarche d'amélioration continue de la qualité étendue à tous les secteurs de l'entreprise. »<sup>21</sup>

Cette démarche assure aussi la pérennité de l'entreprise à travers une approche gestionnaire et économique. Cette approche vise à satisfaire le client au meilleur coût et tient compte des ressources disponibles au moment de définir ses objectifs.

---

<sup>21</sup> Page 18 - PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE EN ETABLISSEMENT DE SANTE

Cette démarche de management de la qualité se fonde principalement sur l'engagement de la Direction d'adopter un système et une philosophie de management assurant :

- La satisfaction du client à travers l'amélioration continue de la qualité
- L'implication du personnel,
- L'amélioration constante des processus, opérationnels et de soutien,
- L'utilisation d'outils et de méthodes appropriés à l'objectif opérationnel spécifique,
- Une mise en application pragmatique et progressive de la démarche en partant du fonctionnement existant et en se concentrant sur les processus clés en priorité..

**En d'autres termes il s'agit d'un système de management permettant d'établir une politique, de fixer des objectifs et de les atteindre..**

### 3.1.5 Les Spécificités des Etablissement de santé :

L'établissement de santé est très complexe de par la nature de :

- sa mission,
- ses clients,
- ses prestations et,
- sa gestion.

Bien que le concept de qualité et de démarche de la qualité soit applicable à tous les secteurs, il doit prendre en compte voire intégrer dans sa conception et mise en œuvre certaines spécificités de cadre hospitalier. Le guide (Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé) retient globalement quatre spécificités qui sont :

- 1) La complexité des établissements de santé caractérisée par ;
  - des nombreux processus, en partie non standardisables et d'évolution rapide,
  - des multiples domaines en évolution permanente ;

- une sociologie particulière, notamment en ce qui concerne la répartition des pouvoirs de décision ;
- une qualité des produits (résultat des soins délivrés) difficile à appréhender par les professionnels et les patients ;
- une difficulté à identifier et à valoriser l'effet des démarches qualité (exemple : certains coûts de la non-qualité peuvent être supportés par la collectivité et non par l'établissement qui les a générés (iatrogénie)).

De plus, les modalités de régulation économique des soins de santé peuvent aussi engendrer de la complexité.

## 2) Différents types de « clients » ayant des attentes très diverses

En se limitant aux clients externes, on peut lister sans être exhaustif les patients hospitalisés, les consultants externes, les proches des patients, les patients potentiels, les professionnels de santé externes qui envoient les patients et qui en assurent le suivi.

## 3) Le rôle des professionnels :

- Les professionnels de santé sont conduits à délivrer un service en temps réel dont la qualité dépend des décisions qu'ils prennent pour assurer une prise en charge adaptée.
- Chaque acteur (notamment les médecins) dispose d'une indépendance dans son choix d'intervention, cette liberté impliquant l'existence d'une responsabilité propre, prévue dans un cadre déontologique et juridique.

## 4) La prise en charge en établissement de santé est souvent une des étapes de la prise en charge dans un réseau de soins

- La qualité du résultat est souvent à appréhender à un niveau plus global que celui de l'établissement de santé.
- Les prises en charge dans un établissement de santé sont tributaires des actions réalisées en amont et doivent souvent être relayées en aval.

L'engagement dans une démarche qualité nécessite :

- l'élaboration d'une politique qualité, qui n'est autre que le résultat d'une réflexion sur les enjeux, les résultats entendus,
- une réflexion managériale sur les stratégies de développement, les modalités de sa conduite (introduction et développement),
- Une définition des objectifs d'amélioration et le choix des priorités.

Par contre, pour la structuration de la démarche, il convient de :

- Mettre en place des structures de pilotage et de mise en œuvre,
- Définir des modalités de diffusion des objectifs et résultats

Des exemples à travers le monde (notamment la démarche d'accréditation des hôpitaux) ont suffisamment démontrés l'applicabilité des concepts de la Qualité et de la Démarches Qualité dans les établissements de santé. Cependant, il n'existe pas une démarche toute faite, mais un ensemble de concept, principes, méthodes, à mettre en œuvre de manière cohérente, progressive et pédagogique.

Nous sommes d'avis avec le « guide de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » que « La démarche qualité de l'établissement de santé conduit à mettre en place des groupes de projet pour conduire des actions sur des thèmes ciblés..... »<sup>22</sup>.

Ainsi, nos différentes recommandations, actions ou mesures seront traités suivant ce principe.

---

<sup>22</sup> Page 40 - PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE EN ETABLISSEMENT DE SANTE

### **3.2 RECOMMANDATIONS :**

L'élaboration et la mise en application de document référentiel relève d'une démarche qualité. Ces actions ont été certes conduites d'un point de vue règlementaire et administratif, mais cela n'enlève rien au mérite de la Direction pour les avoir initiées. **Nous leur exprimons toutes notre reconnaissance et encouragement dans cette démarche de transparence, de maîtrise et d'amélioration des différentes prestations de l'hôpital.**

L'étude de cette démarche qualité mise en place au sein de l'hôpital montre que cette démarche a manqué essentiellement de :

- Politique, fondée sur une réflexion des enjeux et des résultats entendus,
- Stratégies ou approche, pour son initiation et sa mise en place,

Nous attirons l'attention de la Direction que la relecture du Manuel de procédure s'impose afin de prendre en compte :

- Les observations, de notre études, suite à l'examen et l'analyses des documents et,
- Les modifications de certaines dispositions administratives survenues ces deux dernières années.

**Aussi, nous recommandons à la Direction avant toute relecture de ce document référentiel de :**

- Mener en concertation avec les différents organes consultatifs et de gouvernance, une réflexion générale sur l'intérêt, les enjeux et les résultats attendus d'une démarche globale d'amélioration de la qualité des différentes prestations de l'hôpital, compte tenue de sa mission de service public. Cette réflexion doit aboutir à la formulation de la **Politique Qualité de l'hôpital du Mali**, qui sera la composante principale du Projet d'Etablissement et de ses différentes entités, (Projet ; médical, de soins, de gestion etc.).
- Designner une structure institutionnelle chargé du pilotage et de la mise en œuvre de la Politique Qualité de l'établissement,

- Partir de la Politique Qualité de l'établissement pour initier, en fonction des priorités définies une ou des groupes d'action qualité ciblant des domaines particuliers de l'établissement. La mise en œuvre de ces actions prendra en compte les principes généraux de structuration d'une démarche qualité, à savoir :
  - Mettre en place des structures de pilotage et de mise en œuvre,
  - Définir des modalités de diffusion des objectifs et des résultats

### **3.3 MESURES CORRECTIVES :**

Des mesures correctives, d'amélioration de la qualité de :

- l'accueil des patients,
- la gestion et la communication au sein des services et
- la prise en charge des patients en hospitalisation et la gestion des accompagnants peuvent être envisagées dans le cadre de la mise en application du Règlement Intérieur et du Manuel des Procédures

#### **a. De l'accueil des Patients au bureau des entrées et du service des Urgences**

Le bureau des entrées et le service des urgences sont les deux principaux portes d'accès de l'hôpital. **A cet effet toutes les dispositions utiles doivent être prise pour assurer la compréhension la satisfaction des attentes et besoins des patients.**

Comme mesure corrective, nous suggérons la mise en place d'une action qualité dénommée « **l'amélioration de l'Accueil des patients à l'hôpital du Mali** »

### Démarche à suivre :

- Mettre en place une cellule de Pilotage qui travaillera avec les deux structures (bureau des entrées et Services des Urgences). La cellule sera sous la responsabilité d'un des présidents des organes consultatifs. Elle rendra compte à la direction, sous forme de revue de direction, de l'avancement de cette démarche, conformément à un agenda prédéfini,
- Faire un audit de l'état actuel de l'accueil de prise en charge des patients au niveau des entrées et des services des urgences. Comparer l'état des lieux aux dispositions du Manuel Procédures ou à un référentiel,
- Mettre en place un mécanisme d'audit et de mise en œuvre des recommandations,
- Communiquer les résultats obtenus

#### **b. De la gestion et de l'amélioration de la communication au sein des services :**

Le management interne des différents services s'impose comme une nécessité à la bonne exécution des missions de l'hôpital et à l'amélioration des différentes prestations de l'hôpital. Ce management interne pour diverses raisons ne semble pas effectif. Nous avons constaté des dysfonctionnements dans le contrôle interne et la communication au niveau de plusieurs services techniques.

Des mesures correctives sont nécessaires pour résoudre ce problème qui, à long terme, peut fortement compromettre la départementalisation voire l'émergence des pôles fonctionnelles.

Nous suggérons, la mise en place d'une action qualité, fondées, sur une démarche participative, dénommée « **Amélioration de la gestion des services et la Communication entre les différents services de l'hôpital** »

### Démarche à suivre :

- Mettre en place une cellule de Pilotage qui travaillera avec les différents services techniques. La cellule sera sous la responsabilité d'un des présidents des organes consultatifs. Elle rendra compte à la direction, sous forme de revue de direction, de l'avancement de cette démarche, conformément à un agenda prédéfini, d'amélioration de la gestion et de communication au sein de l'établissement.
- Faire un audit de l'état actuel de la gestion interne des services et la communication entre les services. Comparer l'état des lieux aux dispositions du Manuel Procédures et à un référentiel réglementaire
- Mettre en œuvre les recommandations de l'audit.
- Mettre en place un mécanisme d'audit et de mise en œuvre des recommandations
- Communiquer les résultats obtenus

### **c. De la prise en charge des patients en hospitalisation et la gestion des accompagnants :**

L'augmentation du nombre d'accompagnants autour d'un malade hospitalisé est la conséquence du niveau et de la qualité de la prise en charge de ce malade.

L'hôpital ne prenant en charge qu'une seule dimension, (la dimension technique de dispensation des soins), impose de manière tacite la prise en charge des autres dimensions, (alimentation, l'hygiène, sociale, religieuse, culturelle, logistique etc.), par la famille et les accompagnants.

Cette situation expose non seulement les accompagnants aux multiples dangers du milieu hospitalier, mais dégrade le cadre hospitalier, (physiquement et socialement). Une solution adéquate est à trouver à cette question d'implication des accompagnants dans la prise en charge des malades hospitalisés, afin d'assainir le cadre physique et social de l'hôpital.

Nous suggérons de ce fait une action qualité fondée sur l'écoute et la concertation dénommée « **Amélioration de la prise en charge socioculturelle des malades hospitalisés** »

### Démarche à suivre :

- Mettre en place une cellule de Pilotage qui travaillera avec les différents les unités d'hospitalisation. La cellule sera sous la responsabilité du responsable du service social. Elle rendra compte à la direction, sous forme de revue de direction, de l'avancement de cette démarche, conformément à un agenda prédéfini,
- Faire un audit de l'état actuel de la prise en charge socioculturelle des malades hospitalisés ; Comparer l'état des lieux aux dispositions du Règlement intérieur et la charte des malades,
- Mettre en œuvre les recommandations de l'audit.
- Mettre en place un mécanisme d'audit et de mise en œuvre des recommandations
- Communiquer les résultats obtenus

## Bibliographie

- ✓ Docteur Hubert BALIQUE, La Politique Hospitalière du Mali et ses Perspectives, Rapport de fin de Mission, 6 décembre 1999-31 décembre 2002, 36 Pages,
- ✓ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) Méthodes et Outils des Démarches Qualité pour les Etablissement de Santé Juillet 2000, 136 Pages
- ✓ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) Principes de Mise en Œuvre s'une Démarche Qualité En établissement de Santé Avril 2002, 76 Pages
- ✓ L'Agence Nationale des Services à la personne, La démarche Qualité dans les services à la personne, Guide pratique 2012, 108 pages,
- ✓ SANOGO Moussa, Université de Montréal, Analyse des Nouvelles Formes Organisationnelles Hospitalières en Emergence au Mali, Thèse présentée à la Faculté des Etudes Supérieures de Postdoctorales de l'Université de Montréal, Septembre 2012, 302 Pages
- ✓ Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), Note d'information Stratégique, Améliorer l'accueil et la prise en charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux du Cameroun, Février 2013, 23 Pages,
- ✓ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali, La Carte Nationale Hospitalière du Mali 2016-2020, Novembre 2015, 109 Pages,
- ✓ [http://www.uvp5.univ-paris5.fr/staticmed/E-ENC/doc\\_qualit\\_complet.pdf](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/staticmed/E-ENC/doc_qualit_complet.pdf), Méthodes et Outils de la Qualité en santé, 29 Pages,
- ✓ Ministère de la santé et de la Solidarité Française, Ensemble modernisons l'hôpital, Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières, 244 Pages
- ✓ Agence Régionale de la santé Bourgogne, La Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité dans les Etablissements et Services Médicosociaux, l'Evaluation Interne, 6 Pages

### Documents Collectés :

- Loi N°02-050/ du 22 juillet 2002 portant loi Hospitalière,
- Le décret N°06-571/P-PRM du 29 décembre 2006 fixant la carte sanitaire hospitalière,
- Loi N°10-010 du 20 mai 2010 portant création de l'Hôpital du Mali,
- Le décret N°10-316/P-PRM du 3 juin 2010 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Hôpital du Mali,
- Arrêté N°08-2716/MS-SG du 06 octobre 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers,
- N°2016-0470/P-RM du 28 juin fixant la Carte Nationale Hospitalière et,
- N°2016-0475/P-RM du 07 juillet, fixant les Modalités d'organisation et de fonctionnement des services des Établissements Publics Hospitaliers,
- Arrêté N° 3721/MEF-SG du 22 Octobre 2015 fixant les modalités d'application du décret N°2015-0604/P-RM du 25 septembre 2015 portant code des marchés public et des délégations de service public,
- Le Règlement intérieur de l'hôpital du Mali,
- Le Projet d'établissement,
- Les Manuels de procédures ; Administratives, Financière et comptable, Opérationnelles, du contrôle interne.