

Situation du management général dans une perspective de certification qualité : Cas du Centre hospitalier universitaire de Tengandogo au Burkina Faso

Bonvouila SAWADOGO^{1*}, Félicité NANA²,
Abdoulaye SO², Fadima YAYA BOCOUM²,
Ziémé Clément MEDA³,
Koiné Maxime DRABO²

Résumé

Introduction. Le Ministère de la santé a entamé depuis 2022, une démarche de certification des formations sanitaires sur la base d'un référentiel national qualité. L'un des domaines couverts par ledit référentiel est le management. Cette étude vise à faire un état des lieux du management dans le Centre hospitalier universitaire de Tengandogo (CHU-T). **Méthodes.** La méthode utilisée est du type transversal à visée descriptive. Les entretiens individuels, la revue documentaire et l'observation directe ont servi de technique de collecte des données. Le protocole de la recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique et de recherche en santé du Burkina Faso sous le numéro 2023-04-089. **Résultats.** La performance globale du management est de 60,8% soit 50,5 points sur 83 prévus. Les non conformités sont essentiellement l'absence de documents d'inspection, de planification, de stratégies de communication et de partenariat, l'insuffisance dans l'accueil, la formation et l'organisation du séjour des usagers et la non fonctionnalité des organes et instances qualité. **Conclusion.** Cette étude a permis de faire un état des lieux du management du CHU-T et a suggéré des pistes pour son amélioration.

Mots-clés : Management, évaluation, conformité, état des lieux, hôpital.

General management in the context of quality certification: the case of the Tengandogo University Hospital in Burkina Faso

Abstract

¹ Laboratoire de santé publique, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso.

² Institut de Recherche en Science de la Santé, CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso.

³ Institut supérieur des sciences de la santé de l'Université Nazi Boni, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

*Auteur correspondant : Bonvouila SAWADOGO, tel : 00 226 70704750, email : bonvouilasawadogo@yahoo.fr

Introduction. In 2022, the Ministry of Health began a process of certifying health facilities on the basis of national quality standards. One of the areas covered by this standard is the management. The aim of this study is to take stock of management at the CHU-T. **Methods.** We conducted a descriptive cross-sectional study. The study population was constituted by sources of live and documentary information. Individual interviews, documentary review and direct observation were used as data collection techniques. The research protocol was approved by the Burkina Faso Ethics and Health Research Committee under number 2023-04-089. **Results.** The overall performance of general management was 60.8%, or 50.5 points out of a possible 83. The non-conformities are essentially the absence of inspection documents, planning, communication and partnership strategies, inadequate reception, training and organisation of users' stays, and the non-functioning of quality bodies and authorities. **Conclusion.** This study provided an overview of the management of the CHU-T and suggested ways of improving it.

Key words: management, assessment, compliance, current situation, hospital.

Introduction

Le secteur de la santé constitue un pilier essentiel du développement socio-économique des nations. Sa gestion efficace est au cœur des préoccupations des décideurs publics, des praticiens et des chercheurs. Selon Bartoli et Hervé, le système de santé est confronté à des enjeux de coordination de ses composantes dans une logique d'utilisation efficiente des ressources allouées dans la perspective d'offrir des produits de qualité (1). Des systèmes de santé qui fonctionnent bien sont essentiels pour protéger et améliorer la santé de la population. Dans nos pays, les ressources pouvant être allouées aux soins de santé ne sont pas extensibles. Optimiser les systèmes de santé est donc crucial pour permettre aux citoyens de bénéficier des meilleurs soins de santé possibles. La performance d'un système de santé est basée sur la qualité du management des structures de soins. Le management se définit comme un ensemble de techniques d'organisation de ressources qui sont mises en œuvre par l'administration d'une entité, afin d'obtenir une performance satisfaisante (2). La performance en santé vise à l'amélioration de la santé, la réactivité des organisations et une contribution financière équitable (3). La performance repose sur la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle, la mobilisation et le bien-être du personnel, la gestion efficace des processus organisationnels et la capacité d'amélioration de l'organisation (3). Pour atteindre cette performance, le management des institutions d'offre de soins doit : i) mettre en place une organisation participative prenant en compte les perspectives des usagers et les acteurs en interne

(organes consultatifs); ii) réorienter le fonctionnement sur le patient/bénéficiaires et ses besoins ; iii) mettre en place une démarche qualité.

Au Burkina Faso, pays en développement d'Afrique de l'Ouest, le système de santé est confronté à des défis persistants liés à l'accès aux soins de santé de qualité. La qualité du management des structures d'offre de soins devient primordial pour que les résultats escomptés soient atteints (4). Pour répondre à ce besoin de qualité du management, le ministère de la santé du Burkina Faso a édicté des exigences pour le management des structures de soins contenues dans un référentiel sous la rubrique « management général » (5). Malgré les efforts consentis par les premiers responsables des hôpitaux dans la mise en œuvre de ce référentiel, le management y est de plus en plus décrié. Aussi, les mouvements des partenaires sociaux se multiplient-ils. La présente étude se propose de faire un état des lieux du management de l'hôpital de Tengandogo. Elle permettra de formuler des suggestions pour améliorer ledit management dans le cadre de la certification des formations sanitaires du pays.

I. Méthodes

Type période et site d'étude. Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive. L'étude a été réalisée du 07 Septembre 2022 au 05 janvier 2023, au Centre hospitalier universitaire de Tengandogo à Ouagadougou.

Les sources d'information. Il s'agit des sources d'information vivante et documentaires relatives à l'objectivation des éléments de vérification des critères du référentiel d'audit. Les sources d'informations vivantes sont constituées des responsables administratifs et les bénéficiaires de soins. La revue documentaire a concerné tous les documents de gestion des intrants (matériel, finances et les ressources humaines) et de gestion des bénéficiaires au cours de leur prise en charge.

Échantillonnage et taille des échantillons. Au niveau des responsables administratifs, il s'est agi d'un échantillonnage par choix raisonné. Les premiers responsables concernés par les critères (directeurs comme chefs de service) ont été inclus dans l'étude.

Au niveau des bénéficiaires de soins, il s'est agi d'un échantillonnage accidentel. Les utilisateurs présents dans la formation sanitaire pendant la période de collecte de données ont été inclus. Treize utilisateurs au total ont été interviewés.

Dimensions étudiées. Il s'agit de i) l'adressage des locaux et respect de la réglementation, ii) l'organisation générale de la structure, iii) la prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure et iv) la mise en place de la démarche qualité au sein de la structure.

Technique et outils de collecte des données. Les entretiens individuels, l'exploitation documentaire et l'observation directe ont servi de technique de collecte des données. Les documents exploités sont ceux en lien avec le management de la structure. Les enquêteurs ont été physiquement présent sur le terrain pour observer et enregistrer des comportements, des interactions et des situations en temps réel et dans leur contexte naturel, sans influencer directement les sujets, afin de saisir la réalité des pratiques loin des discours et d'obtenir une compréhension approfondie et nuancée des phénomènes étudiés. Les outils utilisés ont été le guide d'entretien individuel semi-structuré, la grille d'analyse documentaire et le guide d'observation.

Démarche de collecte des données. La collecte des données a été réalisée en trois jours. Il y avait quatre enquêteurs qui, chaque jour, du matin au soir collectaient les données. Ces enquêteurs avaient au minimum un niveau master en management de la qualité et sont formés sur les outils et les techniques de collecte des données. La collecte a été réalisée à l'aide des outils décrits plus haut.

Méthodes de cotation des dimensions étudiées. Le management général comprend 4 exigences (E) comme mentionnées dans la rubrique « dimensions ». Ces exigences sont objectivées par des critères (Cr). Chaque Cr compte ses éléments de vérification (EV) et une cotation (Co) en fonction de son poids (3 à 5 points). Les exigences du management général comportent 19 critères avec 105 éléments de vérification pour une cotation totale de 83 points (tableau I). La cotation se fait à partir des EV ainsi qu'il suit : i) chaque EV est noté « OUI » s'il est conforme, « NON » s'il est non conforme ; ii) chaque critère est coté de son poids si tous ces EV (100%) sont notés « OUI » ; chaque critère est coté de la moitié de son poids, si la proportion des EV notés « OUI » est $\geq 60\%$ et $< 100\%$; chaque critère est coté de 1 point, si la proportion des EV notés « OUI » est $\geq 50\%$ et $< 60\%$; chaque critère est coté de 0 point, si la proportion des EV notés « OUI » est $< 50\%$; iii) le total des points des critères concernés représente la cotation de l'exigence (E) ; iv) la dimension « management général » est cotée en faisant la proportion de la somme des points obtenus des EV sur le total attendu (Co).

Tableau I : Logique de cotation des exigences du management général

Exigences	Critères et élément de vérification		Cotation totale
	Nombre de critères	Nombre d'éléments de vérification	
E1. Adressage des locaux et respect de la réglementation	3	17	14
E2. Organisation générale de la structure	5	26	17
E3. Prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure	7	40	34
E4. Mise en place de la démarche qualité au sein de la structure	4	22	18
Total	19	105	83

Les scores attendus pour les critères et les dimensions sont de cent pour cent (100%).

Aspects éthiques.

Le protocole de recherche a reçu l'autorisation du comité d'éthique de la recherche en santé sous le numéro 2023-04-089. L'anonymat des enquêtés et la confidentialité des réponses ont été respectées. La participation des interviewés à l'étude a été libre et volontaire avec leur consentement éclairé.

II. Résultats

Adressage des locaux et respect de la réglementation.

Le CHU-T a obtenu 6 points sur 14 prévus soit une performance pour cette exigence de 42,9%. Le critère portant respect de la réglementation a enregistré le plus faible score de 25 % (tableau II).

Tableau II : Appréciation de la conformité du respect des exigences réglementaires de création

Critères	Score (%)
Existence des textes réglementaires de création	25
Adressage des locaux	50
Sécurisation des locaux	50
Total	42,9

Organisation générale et fonctionnement de la structure.

L'exigence portant sur l'organisation générale et fonctionnement de la structure a obtenu 14 points sur 17 prévus soit une performance de 82,4%. Les plus faibles scores ont été enregistré par les critères en lien avec l'existence d'organigramme formalisé et l'implication des usagers, associations et communauté dans la gestion du CHU-T soit 50 % chacun (tableau III).

Tableau III : Appréciation du niveau de conformité de l'organisation générale et du fonctionnement de l'hôpital

Critères	Score (%)
Existence d'organigramme formalisé et appliqué	50
Compréhension des rôles, responsabilités et autorités	100
Fonctionnalité des instances de décision	100
Fonctionnalité des instances consultatives	100
Implication des usagers, associations et communauté dans la gestion du CHU-T	50
Total	82,4

Prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure.

La prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure a enregistré 17,5 points sur 32 prévus soit une performance de 54,7%. Pour cette exigence, le critère portant sur l'organisation des séjours des usagers a obtenu 0,0 %. Les meilleurs scores 100% ont été enregistrés au niveau de l'existence d'un mécanisme de promotion des droits et devoirs des utilisateurs des services de santé et au niveau de mise en place d'un système de gestion des plaintes et réclamations (tableau IV).

Tableau IV : Appréciation du niveau de conformité de la prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure

Critères	Score (%)
Engagement à satisfaire ses parties intéressées pertinentes	50
Mise en place d'un dispositif d'accueil des clients	50
Existence d'un mécanisme de promotion des droits et devoirs des utilisateurs des services de santé	100
Organisation des séjours des usagers	0
Organisation de la prise en charge des indigents, des cas sociaux et des patients sans accompagnateurs	50
Mise en place de dispositions assurant la protection des usagers	50
Mise en place d'un système de gestion des plaintes et réclamations	100
Total	54,7

Mise en place de la démarche qualité au sein de la structure.

La mise en place de la démarche qualité au sein de la structure a enregistré 13 points sur 18 prévus soit une performance de 72,2%. Pour cette exigence, deux critères à savoir la mise en place des documents de planification de la qualité et la mise en œuvre de la stratégie 5S-Kaizen-TQM ont obtenu chacun 50% de score. Les deux autres critères à savoir la mise en œuvre de l'approche processus et l'approche par les risques et l'organisation du pilotage, suivi et amélioration du système de management de la qualité ont enregistré chacun un score de 100% (tableau V).

Tableau V : Appréciation du niveau de conformité de la mise en place de la démarche qualité au sein de la structure

Critères	Score (%)
Mise en place des documents de planification de la qualité.	50
Mise en œuvre de l'approche processus et l'approche par les risques	100
Mise en œuvre de la stratégie 5S-Kaizen-TQM	50
Organisation du pilotage, suivi et amélioration du système de management de la qualité	100
Total	72,2

Synthèse du management général.

Elle affiche pour la première exigence 20% de proportion d'éléments de vérification non conformes. La deuxième exigence enregistre 11,5% de proportion d'éléments de vérification non conformes. La troisième et la quatrième exigences ont des valeurs respectives de 25% et 13%. Les éléments de vérification concernés sont multiples (tableau VI).

Tableau VI : Proportions d'éléments de vérification non conforme par exigence

Exigences	Éléments de vérifications non conformes	Proportion d'éléments de vérification non conforme (%)
Adressage des locaux et respect de la réglementation	<ul style="list-style-type: none"> -Absence d'attestation d'inspection ; -Absence de plan de masse visible dès l'entrée ; -Absence d'affichage de la liste des prestations et les horaires d'ouverture au public ; 	20
Organisation générale de la structure	<ul style="list-style-type: none"> -Absence d'organigramme formalisé ; -Absence de stratégie de partenariat avec les usagers, leurs associations et la communauté ; - Absence de stratégies de communication efficaces au profit des associations partenaires 	11,5
Prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure	<ul style="list-style-type: none"> -Non compréhension du dispositif et des outils d'écoute client par les utilisateurs ; -Absence de badges pour les usagers ; -Non formation du personnel sur la charte qualité ; -Non Organisation du suivi du respect de la charte qualité ; -Absence de procédure de gestion du séjour des usagers ; -Non intégration dans la procédure de gestion du séjour, l'organisation des conditions de séjour, la gestion des toilettes, la gestion des aires de repos, la gestion de la cuisine et la laverie ; -Non information des usagers sur les conditions de séjour dans la structure ; -Insatisfaction des bénéficiaires de l'interaction avec le personnel de santé ; -Absence d'actions d'amélioration à l'issue de l'évaluation des mécanismes de prise en charge des indigents et des cas sociaux ; -Présence de violence physique, verbale et sexuelle. 	25
Mise en place de la démarche qualité au sein de la structure	<ul style="list-style-type: none"> -Non fonctionnalité des organes et instances qualité -Encombrement des bureaux -Non rangement des bureaux 	13

III. Discussion

Rappel des principaux résultats

L'évaluation du management général au CHU-T a affiché une performance globale de 60,8% avec 18,1% d'éléments de vérification non conformes.

Limites de l'étude

La méthodologie de notre étude ne permet pas une généralisation des résultats. La technique d'entretien utilisée pour la collecte des données a dû entraîner des biais de mémoire.

De l'adressage des locaux et du respect de la réglementation.

Dans tout secteur d'activité, il existe des réglementations auxquels les organisations qui y opèrent doivent s'y conformer (6). La conformité peut alors couvrir une variété de pratiques, de processus et d'opérations. La conformité réglementaire est le processus d'adhésion aux lois, réglementations, normes et autres règles établies par les gouvernements et autres organismes de réglementation. Il s'agit d'un aspect important de la conduite des affaires, car les entreprises sont tenues de respecter certaines lois et réglementations pour maintenir leurs activités(6).

L'évaluation de l'adressage des locaux et le respect de la réglementation a affiché une conformité de moins de 50% avec un cinquième d'éléments de vérification non conformes (tableau II). Cette situation est liée essentiellement à l'absence de document normatif en lien avec l'inspection des lieux par les services compétents et l'absence de documents d'organisation pour faciliter l'utilisation adéquate des services de la structure. Le critère portant sur le respect de la réglementation a enregistré le plus faible score de 25 %. Pourtant la conformité réglementaire est essentielle pour toute entreprise ne serait-ce que pour éviter les sanctions et autres amendes. L'absence d'attestation d'inspection des locaux et de documents d'organisation de l'hôpital expose celui-ci aux récriminations des usagers sur la qualité et la sécurité des soins produits.

De l'organisation générale et fonctionnement de la structure

L'appréciation de l'organisation générale et du fonctionnement de l'hôpital a affiché un niveau de conformité supérieur à 80 % (tableau III). Cette performance est le fait des expériences antérieures

de la structure en matière de management. En effet, elle a été déjà certifiée ISO 9001 : 2015. Par son leadership et ses actions, la direction a créé un contexte dans lequel les personnes sont pleinement impliquées et au sein duquel le système de management de la qualité fonctionne efficacement (7).

Le référentiel national qualité s'est inspirée de la norme ISO 9001 : 2015 portant sur les systèmes de management de la qualité-Exigences et de la norme ISO 9000 : 2015 portant sur les systèmes de management de la qualité-Principes, avec lesquels il partage des domaines de convergence (8). Cependant, l'absence de stratégie de partenariat avec les usagers, leurs associations et la communauté est préjudiciable aux performances de l'hôpital. En effet cette situation ne permet pas de prendre en compte les préoccupations des bénéficiaires dans le processus de production des soins. L'interaction avec les clients offre une opportunité de créer plus de valeur pour le client (7) et permet également de fournir aux clients les informations utiles concernant le service. L'interaction avec les clients permet de comprendre leurs besoins présents et futurs (9) et offre des opportunités d'amélioration des performances des organismes (7).

De la prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure

Les structures d'accueil dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes (10). La prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure a enregistré un score d'un peu plus de 50% (tableau IV). Les éléments en causes sont les insuffisances dans l'accueil, l'information et l'organisation du séjour des usagers au sein de l'hôpital. Il s'agit d'aspects pris en compte dans la gouvernance externe. La gouvernance hospitalière externe se penche principalement sur la maîtrise des interactions entre l'hôpital et ses parties prenantes (11). Les besoins du patient sont le fil conducteur de la démarche qualité à l'hôpital (12). De même, la nouvelle gouvernance hospitalière doit être stratégique et fondée sur des projets pertinents associant tous les acteurs hospitaliers pour permettre une amélioration durable des activités et des prestations hospitalières (11). Au CHU-T la gouvernance ne permet pas l'implication de certains acteurs car la structure ne dispose pas des procédures en la matière. En outre, la gestion du séjour des usagers n'est pas organisée et cela n'offre pas un cadre approprié pour

l'épanouissement des usagers. L'absence de procédures pour la gestion du séjour des usagers et de leur prise en compte dans l'organisation de la structure ne facilite pas non seulement leur séjour au sein de l'hôpital mais réduit leur satisfaction.

De la mise en place de la démarche qualité au sein de la structure

La mise en place de la démarche qualité au sein de la structure a enregistré une performance de 72,2% (Tableau V). Cela est le fait de la non fonctionnalité des organes et instances qualité et de l'encombrement des bureaux. Les hôpitaux et cliniques conduisent des démarches qualité pour améliorer de façon continue la qualité de soins et la sécurité des patients (11). Dans cet environnement concurrentiel, les managers doivent porter le meilleur jugement et choisir les meilleures méthodes pour atteindre leurs objectifs et ne pas perdre des opportunités très limitées (13). Les démarches qualité permettent de maîtriser les enjeux environnementaux, d'améliorer les prestations de service et la satisfaction des patients (14). Les acteurs de l'hôpital de Tengandogo ont consenti d'énormes efforts pour mettre en place une démarche qualité formelle au sein de la structure. Cependant, les organes et les instances qualité ne sont pas fonctionnels. Les bureaux ne sont pas rangés occasionnant des encombrements. Pourtant, une direction qualité opérationnelle est bien en place et fonctionne adéquatement. Les pilotes et les copilotes existent et tiennent régulièrement leurs instances. Les insuffisances relevées lors de cette évaluation indique qu'il faut renforcer l'engagement des différents acteurs et surtout la formation continue pour accompagner le développement d'une culture qualité afin que la stratégie soit une démarche continue (15). Il est tout aussi important d'identifier des facteurs motivants pour que cette dynamique se pérennise. (16).

Conclusion

Cette étude a permis de faire un état des lieux du management général dans le CHU-T. L'organisation générale de la structure et la mise en place de la démarche qualité au sein de la structure ont enregistré des niveaux de conformité relativement bon contrairement à l'adressage des locaux et respect de la réglementation et la prise en compte des bénéficiaires dans l'organisation de la structure. Elle a mis en exergue des non-conformités majeures dans le management du CHU-T. Le déploiement des stratégies d'amélioration des démarches de certification en cours pourrait insister sur la culture de redevabilité

des premiers responsables et de tous les acteurs de la production des soins.

Déclaration de conflit d'intérêt

Tous les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt

Contribution des auteurs

BS a produit le protocole, collecté et analysé les données, initié et finalisé l'article ;

FN a participé à l'analyse des données et à la finalisation de l'article ;
AS a participé à l'analyse des données et à la finalisation de l'article ;
FYB a participé à la finalisation de l'article ; ZCM a participé à la finalisation de l'article ; KMD a supervisé tout le processus allant de la production du protocole à la finalisation de l'article

Références bibliographiques

1. Bartoli A, Hervé C. Le développement du management dans les services publics : évolution ou révolution ? : Informations sociales. 1 déc 2011;n° 167(5):24-35.
2. Mintzberg H. Leadership et communityship: Gestion. 1 sept 2008;Vol. 33(3):16-7.
3. Hassani K, Moussali MNE. Les modèles d'évaluation des performances d'un système de santé : application au cas Marocain. 31 janv 2020 [cité 24 févr 2025]; Disponible sur: <https://zenodo.org/record/3632216>
4. Routelous C. Le Management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Edition Presses de l'EHESP - 2018 – PP. 203; 2008.
5. Ministère de la Santé. Référentiel qualité des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso. Ministère de la Santé; 2019.
6. Fouad T. Système qualité et conformité réglementaire. Strategical, F-75008 Paris; 2015.
7. Normes internationales ISO 9001. Systèmes de management de la qualité — Exigences. 2015.
8. Ministère de la Santé. Référentiel qualité des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso. Ministère de la Santé; 2019.

9. Norme internationale ISO. Systèmes de management de la qualité Principes essentiels et vocabulaire. ISO; 2005.
10. Norme internationale ISO 9000. Systèmes de management de la qualité Principes essentiels et vocabulaire. 2005.
11. Kirmi B, Chahouati W. Les établissements hospitaliers publics: Vers une nouvelle gouvernance hospitalière inspirée du management de la qualité. 2019;
12. SampieriTexier N, Sauviat I. Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client, *Gestion et Management Publics*. sept 2003;2:19 pages.
13. Gupta K. A review on implementation of 5S for workplace management. *J Appl Res Ind Eng* [Internet]. août 2021 [cité 3 mars 2025];(Online First). Disponible sur: <https://doi.org/10.22105/jarie.2021.292741.1347>
14. SO A, Gadiaga A, Haro D, Drabo MK. Analyse de la perception de l'utilisabilité de l'approche 5S-Kaizen-ISO 9001 par le personnel en milieu hospitalier: cas du Centre hospitalier universitaire de Tingandogo. *Science et technique, Sciences de la santé*. 2019;42.
15. Dean JW. *Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice through Theory Development*. 2025;
16. Bayad M, Delobel B, Ribau N. Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs: *Gestion*. 1 sept 2002;Vol. 27(3):100-12.

