RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

--*--

UNIVERSITÉ D'ABOMEY- CALAVI

------**

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

----*----**

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MÉDECINE

----**----**

ANNÉE : **2019-2020** N° **: 2345**

PERSPECTIVE DE DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL INFORMATIQUE POUR L'ACCRÉDITATION HOSPITALIÈRE : CAS DE LA MESURE DE LA PERFORMANCE DU MANAGEMENT DE DEUX (02) HÔPITAUX UNIVERSITAIRES BÉNINOIS EN 2020

THÈSE

Présentée et soutenue pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN MÉDECINE DIPLÔME D'ÉTAT

Par

Babatoundé Fréjuste P. AGBOTON

Né le 10 mars 1995 à Ayou (République du Bénin)

Directeur de thèse

Pr Kuassi M. AMOUSSOU-GUENOU

Co-directeur de thèse

Dr Gilles David HOUNDÉTOUNGAN

Président du jury

Pr Kuassi M. AMOUSSOU-GUENOU

Membres du jury

Pr Eugène C. EZIN

Pr Dieudonné GNONLONFOUN

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique-Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MLK

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange....	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua.....	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant.....	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.....	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean.....	Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

MJK

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angele	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MBK

CIOBEN19

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgicCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adouké.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Segla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médésse David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MAK

SPECIMEN

24.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji.....	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon.....	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue.....	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi.....	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou.....	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis.....	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Ines.....	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M.	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C.	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.L.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MJK

SPECIMEN

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

COLLABORATEURS

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

LE DOYEN

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin.....	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2010

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr [illegible]NANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MBK

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MDK

OCTOBRE 2019

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

DÉDICACES

À L'Éternel Dieu, le Tout Puissant, le Miséricordieux,

Éternel Dieu ! Père trois fois Saint ! Que Tes œuvres sont grandes ! Je Te rends grâce pour l'abondance de bénédictions dans ma vie. En dépit de mes nombreuses imperfections, Tu m'as honoré en guidant mes pas tout au long de cette aventure. Ma vie entière Te loue Éternel ! Que tout ce qui respire loue l'Éternel ! Que toute la Gloire Te revienne maintenant et à tout jamais.

À ma merveilleuse mère MEGNIGBETO Innocencia,

Vous qui avez joué tous les rôles dans la vie de mes sœurs, mon frère et moi. Vous avez su être à la fois notre maman, notre papa, notre amie et bien plus. Vous avez toujours démontré, que seul l'amour du travail et celui du travail bien fait libère l'homme. Vous avez très tôt inculqué en nous la rigueur au travail la recherche de l'excellence et l'esprit de compétition. Vos précieux conseils, vos sens aigus de sacrifice et d'amour m'ont conduit jusqu'ici. Vous qui n'avez ménagé aucun effort pour m'accompagner et me soutenir, daigne le tout-puissant vous garder encore longtemps auprès de nous dans une parfaite santé afin que nous puissions profiter davantage de vos conseils et que vous jouissiez des fruits de vos sacrifices.

Gratitude infinie Maman !

À mon papa AGBOTON Honoré,

Vous par qui je suis venu au monde, je pense que vos prières ont porté leurs fruits. Que le Seigneur vous protège et que vous en jouissiez.

Merci Papa !

À ma grande sœur Crescencia et son mari AMOU LANGNITO Olivier,

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon amour sempiternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon bien-être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance. Votre amour, vos prières et conseils ne m'ont jamais fait défaut. Dans mes moments de peines et de doutes, vous étiez toujours là pour moi. Ce travail est le vôtre, le fruit de vos innombrables sacrifices. Puisse Dieu vous accorder santé et longévité.

Merci, merci pour tout !

À mon frère Eustache et ma sœur Parfaitia,

Vous au milieu de qui j'ai grandi, et qui êtes toujours présents pour moi, simplement merci. Que l'amour et la fraternité nous unissent toujours. Je vous

souhaite la réussite dans votre vie et le bonheur qu'il faut pour vous combler. Je vous dois énormément, et je vous suis reconnaissant de toutes les privations et sacrifices que vous avez consentis pour que je puisse être là.

Amour fraternel !

À tous les membres des familles AGBOTON, MEGNIGBETO, AMOU LANGNITO, GLITO, AHOMAGNON,

Proche ou loin des yeux, vous êtes toujours présents dans mon cœur.

Merci !

REMERCIEMENTS

À notre maître et Directeur de thèse, le Professeur AMOUSSOU-GUENOU Marcellin,

Nous sommes honoré que vous ayez accepté d'assurer la direction de ce travail. Nous ne pourrions trouver l'expression la plus appropriée pour vous manifester notre reconnaissance. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté nous accompagner dans la réalisation de notre rêve qui était de concilier informatique et médecine. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements au cours de notre formation et pour nous, votre culture scientifique, votre excellence, votre éloquence et votre altruisme resteront des sources d'admiration. L'une de nos plus grandes joies restera certainement celle de vous avoir eu comme maître. Soyez assuré de toute notre estime et de notre profond respect.

À notre Codirecteur de thèse, le Docteur HOUNDÉTOUNGAN David,

Vous avez toujours été un modèle pour moi depuis l'enfance, vous êtes celui qui m'a toujours montré la voie. Merci pour votre précieuse aide pendant ce travail. Malgré toutes les difficultés rencontrées, malgré la distance et l'originalité du sujet, vous vous êtes comporté avec moi comme un aîné ne visant que mon succès. Travailler à vos côtés a été une expérience unique, vivante et enrichissante. Vous êtes d'une grandeur d'âme sans pareil. Puisse le Seigneur vous fortifier et vous rendre chacun de vos bienfaits en multitudes de grâces pour le temps sacrifié, le sens de l'enseignement et l'abnégation sans faille ! Merci.

À mes Amis les plus proches : **Ghislain AHOUANSOU, Frimege Djohoun, Oscar SOGLO, Fresnel DJIBODE, Morel SOSSOU, Scheriff OBEY, Edic ZOHOUN, Médard AMOUSSOU et Mireille NOUKPOKINNOU,**

Je suis très heureux de vous avoir rencontrés. Vous avez toujours été là. Je n'oublierai jamais tout le soutien que vous m'avez apporté durant ces longues années d'étude. Que notre amitié se pérennise davantage.

À Bénita MEHOU-LOKO, Spéro ADEN-HENRI, Pinélia DOSSOU, Perpétue AHOMAGNON, Farida AVOHOU, Brice MINAKPON, Ghislain GANDJONON,

La famille, ce n'est pas seulement une question de sang, mais également de ceux qui vous tiennent la main et vous accompagnent les jours où vous en avez besoin. À mes yeux vous êtes devenus plus que des amis.

Aux membres de mon groupe de stage interné particulièrement : Serge HANGNOUN, Archimel HOUNSOU, Gilchrist ADJAGBA, Corine DZEMTA, père Florent BESSAN, Dieudonné AKOGBETO,

Notre improbable association aura été pour nous tous un véritable feu d'artifice. Nous avions partagé des joies et des peines mais nous en ressortons unis. Je remercie Dieu de nous avoir assemblés. Qu'il nous bénisse à jamais.

À mes amis : Mardiane SAHGUI, Bérénice NOUKPOKINNOU, Agnès HOUANSOU, Carène DJODJOUWIN, Bénezet AGLOBOE, Arthur GBEHOLO, Immaculée DAHOU, Maxwell AGOSSOU, Samuel SOGLO, Ulysse HOUMENOU, Fleur BIOYARA, Gloria DJOHOSSOU, Pascaline KOTIN, Lorène ADJAGNISSOUDE et Horcelle YEHOUENOU,

Merci pour l'amour et le soutien.

À mes collègues de la 42e promotion de médecine de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou,

Brillante carrière à nous tous.

Au personnel du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune Cotonou, et du CNHUPPC,

Merci pour votre collaboration.

Aux passionnés du numérique qui, peu importe leur filière ou leur secteur, arrivent à pratiquer leur passion,

Vive le code !

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail,

Mes sincères remerciements.

HOMMAGES

À tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

En reconnaissance de la qualité de la formation que nous avons reçue de vous, acceptez chers Maîtres, notre profonde gratitude.

Hommages mérités.

À notre Président de Jury,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous restons persuadé, que vos conseils et recommandations nous serviront à améliorer ce travail. Veuillez croire en l'expression de notre profond respect et de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

Aux Honorables membres du Jury,

Nous vous adressons nos vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail en acceptant de l'apprécier. Chers Maîtres, recevez ici l'expression de notre reconnaissance.

Hommages respectueux.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

%	:	Pourcentage
ANAES	:	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
CA	:	Conseil D'Administration
cf.	:	Confère
CHS	:	Commission d'Hygiène et de Sécurité
CHU	:	Centres Hospitalo-Universitaires
CHU-MEL	:	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant – Lagune
CHUZ Suru Léré	:	Centre Hospitalier Universitaire de Zone de Suru Léré
CIM 10	:	Classification Internationale des Maladies, 10e révision
CLIN	:	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	:	Commission Médicale d'Établissement
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA
CNHU-PC	:	Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou
CNHU-PPC	:	Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou
CODIR	:	Comité de Direction
CPN	:	Consultation Prénatale
CRM	:	Client Relation Management
DAE	:	Direction des Affaires Économiques
DAM	:	Direction des Affaires Médicales
DNH	:	Direction Nationale des Hôpitaux du Bénin
DPI	:	Dossier Patient Informatisé
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
EFR	:	Épreuves Fonctionnelles Respiratoires

ES	:	Établissement de Santé
HAS	:	Haute Autorité de la Santé
HCO	:	Health Care Organizations
HIA-CHU	:	Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou
HON code	:	Health On the Net code
IEC	:	Information, Éducation et Communication
INPES	:	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
IOM	:	Institute Of Medicine
LRM	:	Laboratoire de Référence des Mycobactéries
m-health	:	Mobile-health
MS	:	Ministère de la Santé
m-santé	:	Mobile-santé
N°	:	Numéro
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PEH	:	Projet d'Établissement Hospitalier
PHU	:	Praticiens Hospitalo-Universitaires
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLLUB	:	Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli
PNT	:	Programme National contre la Tuberculose
PSLS	:	Programme Santé de Lutte contre le Sida
SIH	:	Système d'Information Hospitalier

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: VARIABLES DEPENDANTES 49
TABLEAU 2: RESULTATS REFERENTIELS 1 (L'ORGANISATION ET LES MODALITES DE PILOTAGE INTERNE) 64
TABLEAU 3: RESULTATS CRITERE 1.A (LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES RELATIFS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SONT DISPONIBLES, CONNUS ET UTILISES) 64
TABLEAU 4: RESULTATS CRITERE 1.B (LES ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS SONT DEFINIS) 65
TABLEAU 5: RESULTATS CRITERE 1.C(LE FONCTIONNEMENT REGULIER DES ORGANES DE DECISION EST ASSURE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT) 65
TABLEAU 6: RESULTATS CRITERE 1.D(LE FONCTIONNEMENT REGULIER DES ORGANES DE GESTION EST ASSURE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT) 66
TABLEAU 7: RESULTATS CRITERE 1.E (LA DIRECTION ET L'ENCADREMENT DES DIFFERENTS SECTEURS D'ACTIVITES SONT DEFINIS) 66
TABLEAU 8: RESULTATS CRITERE 1.F (LE MANUEL DE PROCEDURES DE GESTION EST DISPONIBLE, DIFFUSE ET UTILISE) 67
TABLEAU 9: RESULTATS CRITERES 1.G (LE DIALOGUE SOCIAL ET L'IMPLICATION DU PERSONNEL SONT INSTAURES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT) 67
TABLEAU 10: RESULTATS CRITERE 1.H (LE PATIENT ET SON ENTOURAGE ONT UNE PLACE PRIMORDIALE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT) 68
TABLEAU 11: RESULTATS CRITERE 1.I (LES REPRESENTANTS DES USAGERS ET LES ASSOCIATIONS SONT IMPLIQUES DANS LA REALISATION DES OBJECTIFS DE L'ETABLISSEMENT) 69
TABLEAU 12: RESULTATS CRITERE 1.J (LE PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT EST REALISE SUR LA BASE D'UN TABLEAU DE BORD PREALABLEMENT DEFINI) 69
TABLEAU 13: RESULTATS CRITERE 2.A (LE PERSONNEL ADHERE A LA VISION DU LEADER) 70
TABLEAU 14: RESULTATS CRITERE 2.B (UNE COMMUNICATION EFFICACE EST MISE EN PLACE) 70
TABLEAU 15: RESULTATS CRITERE 2.C (LE LEADER ACCORDE DE L'ATTENTION ET DE L'IMPORTANCE A SES COLLABORATEURS) 71
TABLEAU 16: RESULTATS CRITERE 2.D (LE LEADER RECONNAIT LES MERITES DES COLLABORATEURS) 71

TABLEAU 17: RESULTATS REFERENTIEL 2 (LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER) 72
TABLEAU 18: RESULTATS CRITERE 3.A (LES VALEURS, LES MISSIONS DE L'ETABLISSEMENT SONT IDENTIFIEES, RESPECTEES ET MISES EN ŒUVRE) 72
TABLEAU 19: RESULTATS CRITERE 3.B (LES STRATEGIES DE L'ETABLISSEMENT SONT IDENTIFIEES, RESPECTEES ET MISES EN ŒUVRE)..... 73
TABLEAU 20: RESULTATS CRITERE 4.A (LA PLACE ET LE ROLE DES PROFESSIONNELS SONT CONNUS ET RESPECTES) 73
TABLEAU 21: RESULTATS CRITERE 4.B (LES RESPONSABLES DES SECTEURS D'ACTIVITES INDIQUENT LES OBJECTIFS A ATTEINDRE)..... 74
TABLEAU 22: RESULTATS CRITERE 4.C (LES RESPONSABLES DES SECTEURS PARTICIPENT ACTIVEMENT AUX ACTIVITES D'AMELIORATION DE LA QUALITE) 74
TABLEAU 23:RESULTATS CRITERE 4.D (LES RESPONSABLES DES SECTEURS D'ACTIVITE EVALUENT LA PERTINENCE DE LEURS ACTES)..... 75
TABLEAU 24: RESULTATS CRITERE 4.E (UNE FONCTION « GESTION DES RISQUES » EST MISE EN ŒUVRE DANS L'ETABLISSEMENT)76
TABLEAU 25: RESULTATS REFERENTIEL 3 (LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH))..... 76
TABLEAU 26: RESULTATS CRITERE 5.A (LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH) EST FONCTIONNEL)..... 77
TABLEAU 27: RESULTATS CRITERE 5.B (LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH) EST FIABLE)..... 77
TABLEAU 28: RESULTATS CRITERE 5.C (LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH) EST SECURISE)..... 78
TABLEAU 29: RESULTATS GLOBAL DU DOMAINE1 (LE MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT)..... 79
TABLEAU 30: TABLEAU RECAPITULATIF DE L'EVALUATION DU CHU-MEL AVEC L'OUTIL[28] 80
TABLEAU 31:TABLEAU RECAPITULATIF DE L'EVALUATION DU CNHU-PPC AVEC L'OUTIL[28] 88

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : DIMENSIONS DE LA QUALITÉ 12
FIGURE 2 : LES ÉTAPES DE MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ 19
FIGURE 3 : PARADIGME DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS 19
FIGURE 4 : SCHÉMATISATION DE LA QUALITE DANS LE DOMAINE DES SERVICES ADAPTÉE A LA SANTÉ ADAPTATION DU CYCLE DE LA QUALITÉ. 22
FIGURE 5 : ORGANIGRAMME DU CNHU-PPC 29
FIGURE 6 : ORGANIGRAMME DU CHU-MEL 32
FIGURE 7 : LOGO DE ACCREDHOSPI-BENIN 56
FIGURE 8 : CAPTURE D'ÉCRAN DE L'ADRESSE ACCREDHOSPI-BENIN.COM 58
FIGURE 9 : ACCUEIL DE L'APPLICATION WEB 58
FIGURE 10 : MENU DE L'APPLICATION WEB 57
FIGURE 11 : HIÉRARCHISATION DE L'ONGLET ÉVALUATION 58
FIGURE 12 : AFFICHAGE DE LA PAGE DE L'ÉVALUATION D'UN SOUS CRITÈRE 59
FIGURE 13 : PAGE DES RÉSULTATS 62

PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

SOMMAIRE

INTRODUCTION ……...…… 1

1. GÉNÉRALITÉS ……..……..…….. 5

2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE ……..….……...26

3. RÉSULTATS ……...…….….55

4. DISCUSSION ……..…..96

CONCLUSION ……..…. 106

SUGGESTIONS ET PERSPECTIVES ……... 108

RÉFÉRENCES …… 111

ANNEXES …….. …A

TABLE DES MATIÈRES …….. D

INTRODUCTION

L'un des principaux problèmes récurrents identifiés par rapport au système de santé béninois reste l'insuffisance des soins de qualité. À titre d'exemple, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022, à l'issue de l'analyse de la situation sanitaire réalisée de façon consensuelle, a identifié comme l'un des problèmes prioritaires, la faible qualité des prestations de services et soins de santé [1]. L'évaluation des pratiques cliniques, la recherche de la qualité, la prévention des risques ne sont pas des démarches nouvelles à l'hôpital puisqu'elles sont la base même des pratiques soignantes enseignées depuis les origines de la médecine. Mais, depuis quelques années, évaluation, qualité, sécurité sont les maîtres mots de toute réforme de santé [2].

En effet, la qualité des soins est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme « 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 médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins » [3].

Si pendant longtemps, la qualité et la sécurité des patients ont été considérées comme essentiellement une affaire de connaissances et de compétences individuelles et notamment d'expertise médicale, il est aujourd'hui admis et reconnu que l'organisation des services, des équipes, la capacité des acteurs à travailler ensemble efficacement sont indispensables pour la qualité des actes médicaux et des soins et la sécurité des patients [4].

Pour garantir cette qualité de soins, le management de l'établissement occupe un rôle central. Une bonne qualité de soins passe ainsi par une bonne gestion administrative et un bon travail d'équipe.

Dans l'optique de l'amélioration de la qualité des soins du système de santé, le Bénin s'est doté en 2013 d'une politique nationale de l'assurance qualité des soins et services de santé [5]. L'une des principales stratégies de mise en œuvre

de cette politique est l'adoption par tous les acteurs du sous-secteur hospitalier du processus conduisant à l'accréditation hospitalière. Cette stratégie a nécessité l'élaboration du manuel d'accréditation. Ce manuel regroupe les normes en termes de référentiels d'accréditation, références et les critères d'évaluation et d'autoévaluation, constituant ainsi pour les différents établissements hospitaliers du Bénin, le document de référence pour améliorer les performances des soins et services de santé offerts afin d'atteindre les objectifs fixés dans la politique nationale [6].

Il apparait important, après sept (7) années d'application, d'évaluer le niveau d'appropriation du manuel afin de faire le point sur le processus d'accréditation des établissements hospitaliers.

Trois domaines sont définis dans ce manuel d'accréditation, à savoir :

- Domaine 1 : management de l'établissement
- Domaine 2 : prise en charge du patient
- Domaine 3 : gestion des ressources transversales

Le management de l'établissement représente un domaine clé, pouvant influencer la performance globale d'une structure sanitaire. De plus, l'une des principales cibles identifiées dans le manuel reste l'administration des hôpitaux. En effet selon les auteurs du manuel, « si l'ensemble du personnel doit s'approprier la démarche pour que celle-ci se solde par un succès, l'initiation d'un processus d'accréditation doit d'abord être une décision institutionnelle. Ce manuel a donc bien pour objet de faire prendre conscience au management des défis auxquels une institution qui se lance dans l'accréditation doit faire face et propose une série de pistes pour s'assurer du support du personnel par la mise en place d'un environnement favorable à l'accréditation » [6].

Le présent travail consiste à évaluer le domaine du management des centres hospitalo-universitaires (CHU), considérés comme : « un terrain d'expérimentation idéal pour l'accréditation du fait de leur caractère nécessairement innovant » [6], de « leur positionnement central dans la formation

des futurs médecins, et leur responsabilité sociétale dans le cadre d'une prise en charge de pointe des patients représentant une opportunité pour la mise en œuvre des exigences de l'accréditation » [6].

L'étude est faite à l'aide d'une plateforme numérique servant non seulement à la collecte et l'analyse des données pour cette thèse mais également pouvant être utilisée en dehors de la thèse pour faciliter le processus d'accréditation de tout établissement hospitalier au Bénin.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

OBJECTIF GÉNÉRAL

Mesurer la performance du management de deux CHU à l'aide d'un outil informatique conçu pour évaluer l'accréditation hospitalière.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Définir les caractéristiques de l'outil.
- Codifier les référentiels du domaine du management hospitalier.
- Développer une application web de mesure de la performance du management.
- Évaluer les performances du management de deux CHU civils en 2020 à l'aide de l'outil.

GÉNÉRALITÉS

1.1 La e-santé

1.1.1 Définition

Selon la docteure Soumya Swaminathan, Scientifique en chef à l'OMS, « l'utilisation des technologies numériques offre de nouvelles possibilités d'améliorer la santé des populations » [7]. Cette rencontre de l'informatique et de la santé a donné naissance à une discipline nouvelle : l'e-santé. L'e-santé (ou santé numérique) se définit par l'OMS comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne », autrement dit comme l'ensemble des domaines où les technologies de l'information et de la communication sont mises au service de la santé [8].

Pour le directeur général de l'OMS docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, « l'e-santé apparaît de plus en plus comme une solution pertinente pour répondre aux défis que doivent relever les systèmes de santé » [7].

1.1.2 Sous-domaines de l'e-santé

La santé numérique intègre plusieurs grands sous-domaines [9] :

❖ **Les systèmes d'information en santé**

Elles permettent une meilleure coordination des soins au sein d'un établissement de santé (Systèmes d'information Hospitalier ou SIH, Dossier Patient Informatisé ou DPI, etc.) ou d'un territoire de soins (Système d'Information partagé de santé).

➢ **Systèmes d'information Hospitalier ou SIH** [10]

Un SIH est un système d'information adapté à la santé afin d'améliorer la gestion des différentes instances de l'établissement, c'est-à-dire d'améliorer la gestion administrative ainsi que celle des soins par la mise en commun des informations entre ses différents services. [10]

➢ **Dossier Patient Informatisé ou DPI** [11]

Le dossier médical informatisé est une des composantes d'un système d'information en réseaux. Il est constitué d'informations administratives et

médicales nominatives qui forment une base de données dans le sens où il s'agit d'un « recueil d'œuvres, de données, ou d'autres éléments indépendants, disposés de manière systématique ou méthodique et individuellement accessibles par des moyens électroniques ou par tout autre moyen ».

❖ **La télémédecine**

Elle offre des possibilités de soins à distance et regroupe cinq (5) catégories d'actes médicaux : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance, et la régulation médicale

➢ **La téléconsultation**

La téléconsultation est une consultation médicale qui s'effectue à distance. Toutes les nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent servir de support à la téléconsultation. Cette médecine à distance facilite l'accès aux soins et évite au malade d'avoir à se déplacer. [12]

➢ **La téléexpertise**

La téléexpertise permet à un médecin, dit « médecin requérant », de solliciter un confrère, dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier. [13]

➢ **La télésurveillance**

La télésurveillance médicale a pour objectif de permettre à un médecin de procéder à une interprétation à distance des données indispensables au suivi médical d'un ou plusieurs patients. [14]

➢ **La téléassistance**

La téléassistance est née en 1974 avec pour objectif de pallier l'isolement des personnes âgées. Avec la technologie, les systèmes ont évolué et ils permettent désormais le maintien à domicile. La téléassistance est un service d'assistance à distance. Elle permet à une personne fragilisée de contacter, par simple appel d'urgence, un opérateur qui fait intervenir le secours nécessaire. [15]

➢ **La régulation médicale**

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin d'un centre d'appels dédié aux urgences. Le médecin régulateur détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à l'état du patient, puis, si nécessaire, oriente le patient directement vers une unité d'hospitalisation appropriée. **[15]**

❖ **La télésanté**

Elle intègre des services de suivi et de prévention des individus dans un objectif principal de bien être (objets connectés, applications mobiles d'automesure, plateforme web, …). En fonction des utilisateurs, il est possible de distinguer au sein de ces champs d'application trois types de dispositifs technologiques génériques :

➢ **Les dispositifs technologiques centrés patient ou grand public**

Les applications de santé mobiles *m-health* ou *m-santé* (M pour Mobile), applications de santé web, objets connectés, réseaux sociaux (communautés de patients), portail d'informations de santé, etc.

➢ **Les dispositifs technologiques centrés offreurs de soins tels les établissements de santé et les professionnels de santé**

Les SIH internes, systèmes d'information partagés, systèmes d'informations embarqués, dispositifs de télémédecine, etc.

➢ **Les dispositifs technologiques centrés acteurs assurantiels, régulateurs publics et industriels**

Outils génériques de la gestion de la relation client (CRM) ainsi que ceux du datamining (données internes) ou du big data (données externes) permettant la collecte, le stockage et le traitement algorithmique de données massives de santé. C'est dans cette dernière partie que pourrait être classée la plateforme que nous envisageons de développer [9].

1.1.3 Critères de qualité d'un outil informatique de santé

Le développement rapide de l'informatique et d'internet, a favorisé l'apparition d'outils numériques de santé à destination des professionnels (recommandation de bonnes pratiques, sociétés savantes…). On a assisté à une prolifération de ces outils sans qu'il y ait un contrôle de la véracité des informations délivrées. Dans ce contexte, de nombreux référentiels d'évaluation ou de labellisation ont vu le jour pour définir les critères de qualités d'un outil informatique de santé. Il existe, entre autres :

- le Netscoring Santé [16] développé entre 1997 et 2005 par l'École Centrale de Paris. Il est constitué de 46 critères pondérés selon 3 classes (essentiel, important, mineur) et réparti en 8 Catégories : crédibilité, contenu, liens, design, interactivité, aspects quantitatifs et déontologiques, accessibilité.
- Les critères eEurope 2002 [17] : établis par la Commission des communautés européennes sont au nombre de 6 : transparence et honnêteté, obligation de références, protection des données de la vie privée, actualisation de l'information, responsabilité, accessibilité.
- Health On the Net code (HONcode) [18]: défini par une fondation Suisse, comportant 8 principes : l'autorité, la complémentarité, la confidentialité, l'origine et la datation des informations fournies, la preuve, les informations sur l'auteur, l'origine des fonds, la politique publicitaire et éditoriale.
- Le référentiel de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) en France [19]: constitué de 75 critères (essentiels, importants, mineurs) répartis en cinq catégories : qualité du contenu, qualité pédagogique, qualité du support, qualité de la conception, appréciation de l'ensemble.
- Code éthique français [18] : élaboré à partir de codes existants (HON code, Netscoring Santé). Sa forme est plus concise et regroupe les critères selon 3 catégories : source, contenu et interface.

Aucun de ces référentiels, à ce jour, ne fait office de Gold Standard.

1.2 Programmation informatique [20]

La programmation, appelée aussi codage dans le domaine informatique, est l'ensemble des activités qui permettent l'écriture des programmes informatiques. C'est une étape importante du développement de logiciels.

1.2.1 Algorithme

Un algorithme est une suite finie et non ambiguë d'opérations ou d'instructions permettant de résoudre une classe de problèmes

1.2.2 Programme et Logiciel informatique

Un programme informatique est un ensemble d'opérations destinées à être exécutées par un ordinateur. Un programme fait généralement partie d'un logiciel que l'on peut définir comme un ensemble de composants numériques destiné à fournir un service informatique.

1.2.3 Langage de programmation

Un langage de programmation est une notation conventionnelle destinée à formuler des algorithmes et produire des programmes informatiques qui les appliquent. D'une manière similaire à une langue naturelle, un langage de programmation est composé d'un alphabet, d'un vocabulaire, de règles de grammaire et de significations.

Les langages de programmation permettent de décrire d'une part les structures des données qui seront manipulées par l'appareil informatique, et d'autre part d'indiquer comment sont effectuées les manipulations, selon quels algorithmes. Ils servent de moyens de communication par lesquels le programmeur communique avec l'ordinateur, mais aussi avec d'autres programmeurs ; les programmes étant d'ordinaire écrits, lus, compris et modifiés par une équipe de programmeurs.

1.3 Soins de qualités

1.3.1 Définition [3]

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Il existe de nombreuses définitions de la

qualité des soins. La qualité des soins dépend du type d'entité évaluée. Il peut s'agir de la qualité d'un professionnel**,** de la qualité d'un établissement de santé (ES) ou de la qualité globale du système de santé**.** Elle dépend également de la position du sujet qui l'apprécie dans le système de santé.

Pour Avedis Donabedian, auteur d'une théorie de la qualité des soins, l'un des pionniers des travaux de la qualité, « les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins ».

L'OMS quant à elle, définit la qualité comme étant « 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 médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ».

1.3.2 Dimensions de la qualité des soins [21]

Les principales dimensions de la qualité des soins sont : l'efficacité, l'efficience, la sécurité, l'accès/l'équité et la réactivité.



Figure1 : Dimensions de la qualité [21]

❖ **Efficacité**

C'est la capacité de réaliser des résultats de soin souhaitables, et toute personne doit recevoir des soins efficaces, fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles.

❖ **Efficience**

C'est la bonne utilisation des ressources, des compétences et des équipements, il ne faut pas gaspiller les fournitures, le temps, les idées, ni l'information.

❖ **Accès/équité**

Ce principe reconnait que toute personne a le droit de recevoir des soins de qualité qui correspondent à ses besoins, peu importe son identité et son lieu de résidence qu'il lui faut au moment opportun. On en déduit que c'est la garantie offerte à tous les patients, sans distinction, de jouir des soins de qualité.

❖ **Sécurité**

C'est la capacité d'éviter tout événement indésirable qui proviendrait des processus de soin eux-mêmes. En effet, personne ne doit être victime d'accidents ou d'erreurs lors de la prestation des soins. Ceci implique une mesure et une réduction des risques liés aux soins.

❖ **Réactivité**

C'est de réduire les temps d'attente évitables pour les patients, il touche à la sensibilité du système à la demande du patient telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation au choix, etc.

Pour atteindre ces objectifs de qualité de soins les structures sanitaires doivent s'engager dans une démarche qualité.

1.4 La démarche qualité dans le domaine de la santé [22]

1.4.1 Définition de la démarche qualité

La démarche qualité est la mise en œuvre de moyens de prévisions, de prévention et de contrôle de manière progressive afin d'atteindre les objectifs fixés de qualité. Elle correspond aussi à l'ensemble des actions menées pour développer la satisfaction des clients sur un domaine particulier comme la qualité des soins.

1.4.2 Pourquoi une démarche qualité ?

Les raisons qui poussent les établissements de santé à promouvoir une démarche qualité sont nombreuses, on peut les regrouper en trois grandes catégories :

❖ **Les enjeux fonctionnels ou opérationnels**

La faiblesse des établissements de santé réside dans leurs carences organisationnelles.

Les enjeux humains et sociaux

Les difficultés, les événements importunes et les incidents, plus ou moins graves, qui empêchent journellement le déploiement normal du travail ont des conséquences fatales sur le personnel, sur la qualité des soins et sur les coûts.

❖ **Les enjeux économiques**

La non-qualité est très coûteuse. Les complications emmènent des coûts de « réparation » appelés coûts de non–qualité ou coûts cachés. Les coûts qui composent la performance économique de l'organisation, éloignent souvent aux procédures de comptabilisation.

La démarche d'accréditation associée à la maîtrise des dépenses de santé introduit la conception de rapport qualité / prix en santé.

1.4.3 Les objectifs de la démarche qualité

❖ Améliorer le processus de soins qui est notre cœur de métier.

❖ Assurer la sécurité du patient, obtenir sa satisfaction sur les soins et l'hôtellerie, l'accueil et le suivi, la considération à son égard, respecter la confidentialité.

❖ Savoir à quel niveau de qualité on se situe et identifier les points faibles à améliorer.

1.4.4 Facteurs clés de succès de la qualité

Plusieurs conditions sont nécessaires au développement d'une démarche qualité dans un établissement de santé qui est destinée à soutenir l'amélioration continue de la qualité de soin.

1.4.4.1 L'implication explicite de la direction [22]

L'engagement du personnel qu'il soit médical ou non, constitue un facteur déterminant pour la réussite de la politique d'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé.

La direction est le premier facteur clé du succès d'une politique d'amélioration qui doit-être convaincue de la nécessité d'un changement interne de l'établissement en s'appuyant sur l'écoute des clients.

1.4.4.2 L'implication des professionnels

L'engagement des professionnels est essentiel, il faut mettre en œuvre les démarches mesurées et aussi les résultats.

La réussite de cette implication qui passe par le travail en groupe et la formation continue pour chaque professionnel, la reconnaissance et la communication sur l'avancement de la démarche.

Pour que l'implication soit favorisée d'abord il est important de porter attention à plusieurs points :

- ❖ l'association des professionnels.
- ❖ le respect des professionnels qui se manifeste sur plusieurs plans.

1.4.4.3 La progressivité de la démarche

Le développement de la mise en place de la démarche qualité est un projet essentiel à longue durée. Il suppose le savoir-faire pour les professionnels de l'établissement et un apprentissage des méthodes et principes progressifs.

L'introduction d'améliorations doit se faire progressivement par des étapes successives, Ces principes de progressivité conduisent à se concentrer sur des priorités, c'est-à-dire sur les points qui produisent les améliorations les plus notables.

1.4.4.4 La communication interne

La communication est un facteur important de la réussite pour la démarche qualité. Elle assure le partage, la répartition des idées, l'exploitation des démarches.

Aussi, elle favorise la prise en charge des professionnels quant aux besoins d'améliorations, aux résultats des démarches. Le plus difficile dans un établissement est de bien communiquer, et créer un climat de confiance et de respect mutuel.

1.4.5 Principes essentiels de la démarche qualité

Pour le développement de la satisfaction des patients on distingue six bases indispensables à la mise en place d'une démarche qualité.

❖ **L'attention aux patients**

La conception et la satisfaction des attentes et besoins du patient dépendent aujourd'hui d'une situation essentielle de la démarche qualité.

L'écoute du patient 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 dans les établissements de santé.

❖ **Une démarche participative**

Une démarche participative permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions de réconfort adéquates.

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.

❖ **Une approche méthodique**

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des complications, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation adaptée, 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 y a lieu. Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

❖ **L'approche processus, le pluriprofessionnalisme**

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

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

❖ **Une approche pérenne évolutive**

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

❖ **L'évaluation**

IL n'y a pas de qualité sans mesure, la mesure fait partie intégrante de la mise en place de la démarche qualité. La mesure est donc un impératif de la qualité. La mesure permet d'apprécier la satisfaction des patients, la conformité des prestations à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux

actions d'amélioration. Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. Mesurer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux patients sur le maintien d'une qualité de prestation et d'apporter la preuve des progrès réalisés.

Plusieurs outils de mesure sont à la disposition des professionnels : audit clinique, analyse des pratiques, enquêtes de satisfaction, tableaux de bord, indicateurs.

1.4.6 Les étapes de la mise en œuvre de la démarche qualité

Pour mettre en place une démarche qualité, quatre étapes sont proposées et mises en place :

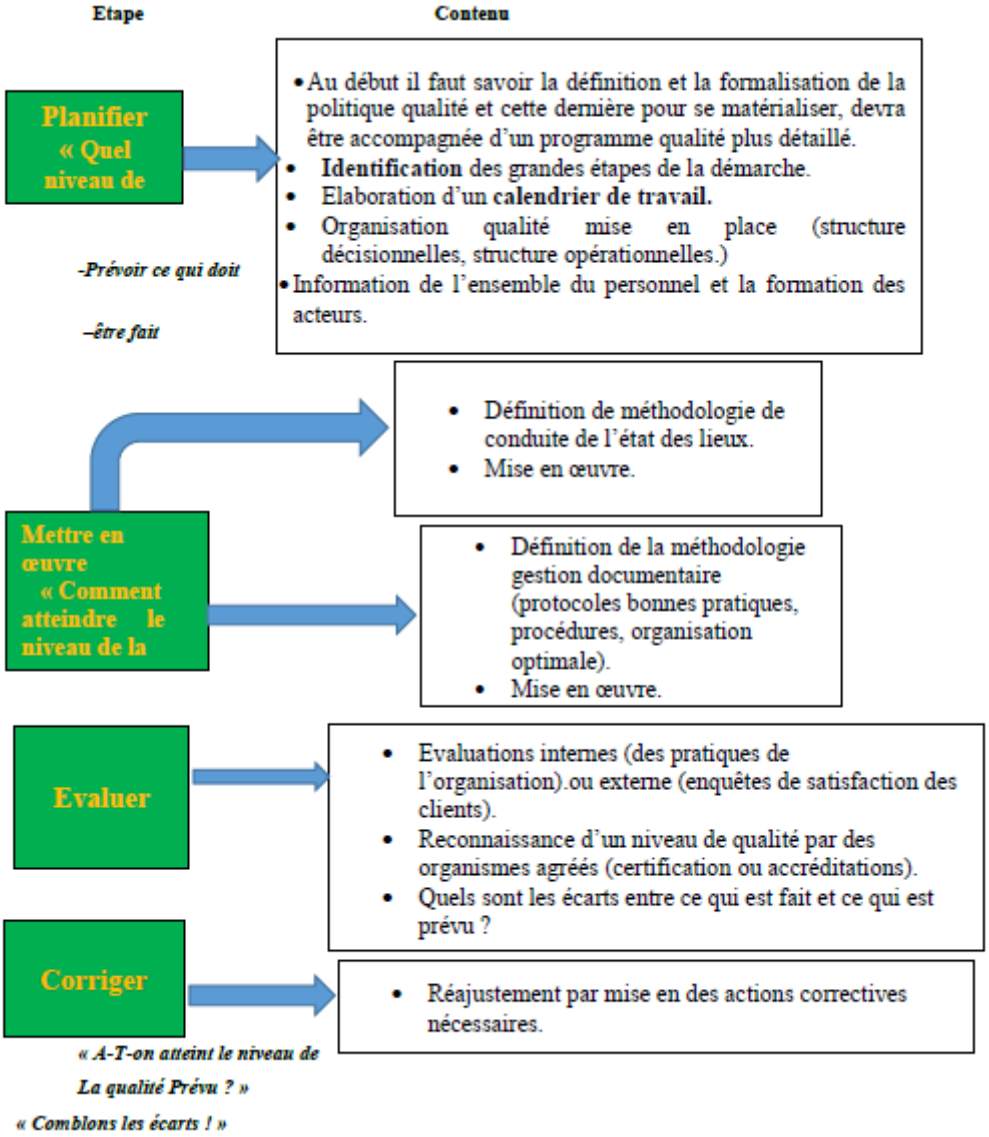


Figure 2 : Les étapes de mise en place de la démarche qualité [22]

Source : La démarche qualité dans un établissement de santé, enseignement d'anesthésie-réanimation, 31/10/2017

1.5 Évaluation de la qualité des soins

Le paradigme de l'évaluation de la qualité des soins de Donabedian, propose un cadre de référence conceptuel qui catégorise l'évaluation de la qualité des soins selon trois angles d'analyse : la structure, le processus et le résultat.

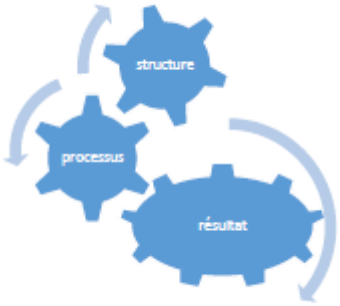


Figure 3 : Paradigme de l'évaluation de la qualité des soins [23]

1.5.1 La structure

La structure regroupe généralement trois éléments :

- les ressources matérielles (telle que l'équipement, le budget ou les installations),
- les ressources humaines (telles que les caractéristiques du personnel, en nombre et en qualifications),
- la structure organisationnelle (telles que l'organisation du personnel médical, l'accessibilité au soin et les conditions d'exercice), sont des déterminants qui exerçant une influence sur la qualité des soins qu'un système est capable d'offrir.

1.5.2 Le Processus

Essentiellement, le processus du soin se réfère au soin prodigué par l'interaction du patient et du professionnel de santé. Cette approche ne s'intéresse pas à la conséquence du soin, mais plutôt à la qualité du processus avec comme postulat qu'un processus de qualité générera de meilleurs résultats.

1.5.3 Résultats

Les mesures de résultat ne sont pas des attributs de la qualité, ils sont plutôt une source d'information permettant d'inférer le degré de la qualité du soin.

La qualité des soins est évaluée selon différentes dimensions, ainsi, quand on définit la qualité du point de vue organisationnel (normes administratives et cliniques), on parle de « qualité voulue », alors que si on privilégie le point de vue des usagers (attentes ou anticipations), on parle de « qualité attendue ».

À partir de ces définitions, on comprend que l'on peut évaluer la qualité des services sous deux angles :

- soit en cherchant à vérifier l'application de normes et de bonnes pratiques préétablies par les organisations « qualité rendue ».
- soit en confrontant la perception qu'ont les usagers des services par rapport à leurs attentes « qualité perçue ».

❖ **La qualité voulue (spécifiée) :** est relative aux différentes formes définies et formulée sous forme de critères explicites à partir des quels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.

❖ **La qualité perçue (ressentie**) : est celle qu'expérimente le client, elle dépend à la fois de la qualité attendue et la qualité délivrée.

❖ **La qualité délivrée :** est celle que le fournisseur fourni effectivement, celle que le patient reçoit réellement.

❖ **La qualité attendue :** construit autour de leurs besoins de santé, mais aussi de leur expérience antérieure dans le système de soins.

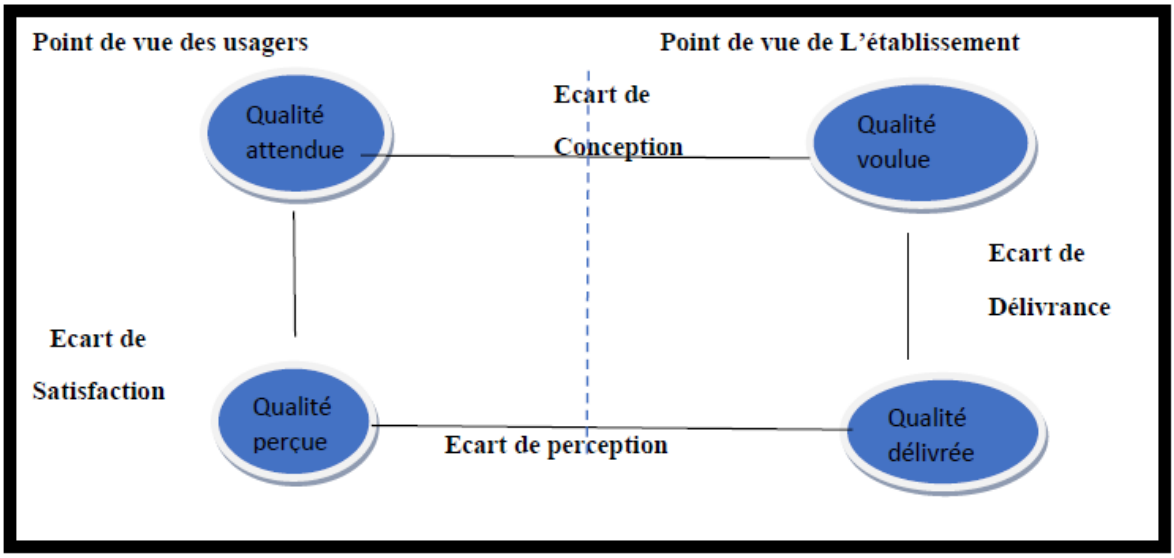


Figure 4 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services adaptée à la santé Adaptation du cycle de la qualité.[23]

1.6 Accréditation

Selon l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé) l'ancienne agence de l'accréditation hospitalière en France :

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des prestations de services et soins délivrés au patient sont prises en compte par l'établissement de santé. [24]

Elle a principalement quatre (4) buts :

- la mise en valeur de la qualité des soins par la mesure des résultats et par l'évaluation des processus,
- l'appréciation de la capacité qu'à l'établissement à prodiguer des soins de façon régulière, à réviser et améliorer son fonctionnement pour préjuger de l'administration de soins de qualité,
- l'amélioration de la qualité des soins en mettant à la disposition de l'établissement des normes et mesures de performances validées, en lui

faisant part des résultats de l'évaluation externe, en apportant une incitation externe par une reconnaissance publique de la performance de l'établissement, en proposant aides et recommandations,

- la volonté, par l'autoévaluation, par la visite accréditive menée par des visiteurs issus du milieu professionnel, par les recommandations et leur suivi, de favoriser l'amélioration continue de la qualité, des soins [25].

1.7 Démarche qualité et accréditation [22]

L'accréditation est un processus d'évaluation externe (fait par des experts), qui a pour objectifs de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité et la prise en charge des patients.

Elle est conduite à l'aide de référentiels qui permettent d'étudier d'une part le positionnement de l'établissement par rapport à des références thématiques, d'autre part la dynamique qualité de l'établissement sur l'ensemble des thèmes et la structuration de la démarche qualité au plan institutionnel.

L'initiation ou la consolidation d'une démarche qualité lors de la préparation à l'accréditation fait partie intégrante de celle-ci.

Il s'agit de se donner les moyens d'obtenir un résultat d'accréditation dans les meilleures conditions en faisant état d'une réelle dynamique et de favoriser ainsi la pérennisation de la démarche qualité.

1.8 Le manuel d'accréditation hospitalière du Bénin

L'approche Assurance Qualité des soins et services a été identifiée comme une alternative pour relever les multiples défis qui se posent au système de santé. En 1995, la résolution de l'OMS pour la région de l'Afrique a invité instamment les États membres à mettre en place un Programme d'Assurance Qualité. Pour répondre à cette résolution, le Ministère de la Santé du Bénin a élaboré sa Politique Nationale en Assurance Qualité des Soins et Services de Santé en 2013.

L'une des stratégies identifiées pour la mise en œuvre de cette politique est d'élaborer des référentiels d'accréditation qui permettront d'évaluer les performances des soins et services de santé y compris la satisfaction des clients.

En effet, la procédure d'accréditation des établissements de santé a pour objectif de :

- faire une appréciation sur la :
  - qualité et la sécurité des soins à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels ;
  - capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- d'impliquer les professionnels à toutes les étapes de la démarche qualité ;
- de montrer la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;
- de formuler des recommandations explicites ;
- d'assurer l'amélioration continue de la confiance du public.

Ce manuel constitue pour tous les établissements hospitaliers (publics et privés) le document de référence rassemblant les objectifs de qualité à atteindre. Il vise essentiellement d'évaluer la qualité de l'ensemble de l'organisation des hôpitaux, et de les préparer pour rentrer dans le processus d'accréditation.

Le manuel ne constitue pas « une référence d'organisation stricte » pour les hôpitaux : les référentiels, les références, les critères et les sous critères de ce manuel sont ciblés sur des thèmes précis, mais leur énoncé n'est pas contraignant dans la méthode afin de permettre à l'établissement de s'organiser comme il le souhaite pour y répondre.

Ce manuel d'accréditation hospitalière n'a pas pour objectif d'évaluer les compétences individuelles, et ne prend pas en compte les activités de recherche et d'enseignement [6].

1.9 Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)

Un Centre hospitalier universitaire, (CHU) est un établissement hospitalier dans lequel sont prodigués des soins par des professionnels de santé confirmés et des étudiants. Un CHU est lié, par convention, à une université. Les étudiants effectuent leur enseignement pratique au sein du CHU sur des patients réels. L'enseignement concerne la médecine générale ou spécialisée, les professions paramédicales et les chercheurs en sciences [26].

C'est le décret N°2012-300 du 28 août 2012 qui pose les bases du fonctionnement des CHU au Bénin. Ce décret stipule en ses articles 1, 2, 3 et 4 que les Centres Hospitaliers Universitaires sont des établissements publics de référence, de prestations de soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs.

Les Centres Hospitaliers Universitaires font partie de l'Espace Hospitalier Universitaire. A ce titre, ils constituent des cadres de formation des personnels de santé et des cadres de recherche en matière de santé. Aussi les Centres Hospitaliers Universitaires sont placés sous la tutelle du Ministère chargé de la Santé. De plus, peut être érigé en Centre Hospitalier Universitaire, un établissement hospitalier public remplissant les critères ci-après :

- la présence permanente d'une masse critique de Praticiens Hospitalo-Universitaires (PHU) ;
- l'existence d'un plateau technique adapté aux missions de soins et d'exploration, de formation et de recherche ;
- l'accessibilité géographique par rapport aux établissements de formation de rattachement que les enseignants et les apprenants doivent pouvoir joindre facilement et rapidement ;
- un rapport circonstancié préalable justifiant une telle érection, conjointement rédigé par les Ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement Supérieur, est soumis à l'appréciation du Gouvernement [27].

CADRE ET MÉTHODE

2.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée au Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou (CNHU-PPC) et au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant – Lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Bénin.

2.1.1 Architecture sanitaire de la ville de Cotonou

La ville de Cotonou est la capitale économique du Bénin. Elle est la seule du Département du littoral et comprend 13 arrondissements et 144 quartiers. Elle s'étend sur une superficie de 79 km². Sa population était de 679012 en 2013. Elle regroupe la plupart des structures administratives et politiques du pays. Sur le plan sanitaire, Cotonou abrite le plus grand nombre de centres hospitaliers universitaires à savoir :

- Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) ;
- Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHU-PC)
- Le Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-Phtisiologie (CNHU-PPC).
- Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant- Lagune
- (CHU-MEL) ;
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Zone de Suru Léré ;
- L'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou (HIA-CHU) ;

2.1.2 Le Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou (CNHU-PPC)

2.1.2.1 Présentation

C'est le centre de référence en matière de prise en charge de la tuberculose et des autres affections respiratoires. Il abrite le siège du Programme National contre la Tuberculose (PNT), le Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLLUB) et le laboratoire de référence du Programme Santé de Lutte contre le Sida (PSLS). Il a été érigé en CHU par le Décret N° 2014- 526 du 25 août 2014.

Le CNHU-PPC est constitué de 4 services :

- un service administratif et financier ;
- un laboratoire polyvalent de biologie clinique qui abrite le Laboratoire de Référence des Mycobactéries (LRM) ;
- un service de radiologie ;
- un service clinique : la Clinique Universitaire de Pneumologie.

2.1.2.2 Organigramme du CNHU-PPC

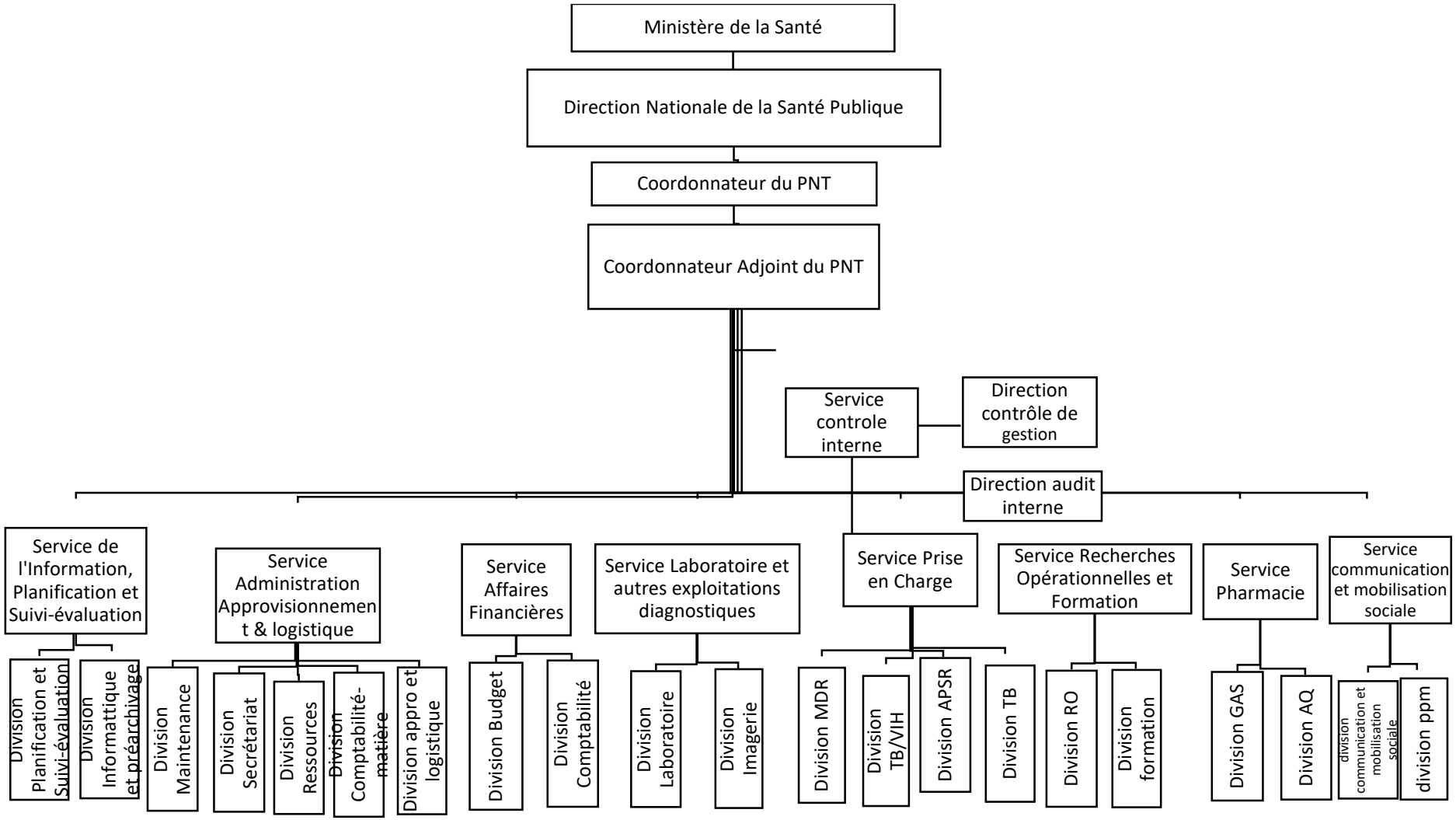


Figure 5 : Organigramme du CNHU-PPC (source administration CNHU-PPC

2.1.2.3 Activités du CNHU-PPC

Les activités cliniques du CNHU-PPC concernent :

- les consultations ;
- les hospitalisations des pathologies respiratoires ;
- les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) et les enregistrements polygraphiques du sommeil ;
- l'encadrement hospitalier des étudiants en formation médicale et paramédicale ;
- des activités de recherche scientifique.

La Clinique Universitaire de Pneumologie est située à l'extrême gauche de l'hôpital, entre le laboratoire du PSLS et la paillote d'Information, d'éducation et de Communication (IEC) sur la tuberculose.

Ce service dispose des infrastructures suivantes :

- 01 salle de consultation ;
- 01 salle de réalisation des explorations fonctionnelles respiratoires :
- 01 salle de bronchoscopie ;
- 03 salles d'hospitalisation dont une pour les hommes, une pour les femmes et une pour les urgences avec un total de 12 lits ;
- 01 salle de garde pour les infirmiers ;
- 01 salle de garde pour les aides-soignants ;
- 01 secrétariat.

Le personnel de la Clinique Universitaire de Pneumologie est constitué par :

- le personnel médical Spécialiste : 03 pneumologues dont un Maître de Conférences Agrégé, un Maître-Assistant et un praticien hospitalier spécialiste,
- 04 médecins généralistes,
- 07 infirmières dont une surveillante,
- 04 aides-soignants,
- 01 secrétaire médicale.

Ce personnel est mutualisé avec le Programme national contre la tuberculose qui est hébergé par le CNHU-PPC.

2.1.3 Le CHU-MEL

Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un hôpital universitaire de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalier de l'espace hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs), la formation et la recherche. Il est situé au bord de la lagune à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou. Il a été érigé en CHU par le décret N°2014-528 du 25 août 2014.

2.1.3.1 Structure organisationnelle du CHU-MEL

Pour mieux assurer ses missions, le CHU-MEL comprend des démembrements administratifs, deux services cliniques et plusieurs secteurs qui viennent en renfort aux services cliniques. Les deux services sont : le service de la mère représenté essentiellement par le service de gynécologie et d'obstétrique et le service de l'enfant.

2.1.3.2 Les services administratifs

Ils sont composés de :

- la direction ;
- la cellule de management de la qualité ;
- le service de la comptabilité ;
- le bureau des entrées ;
- le service statistique.

2.1.3.3 Organigramme du CHU-MEL (Page suivante)

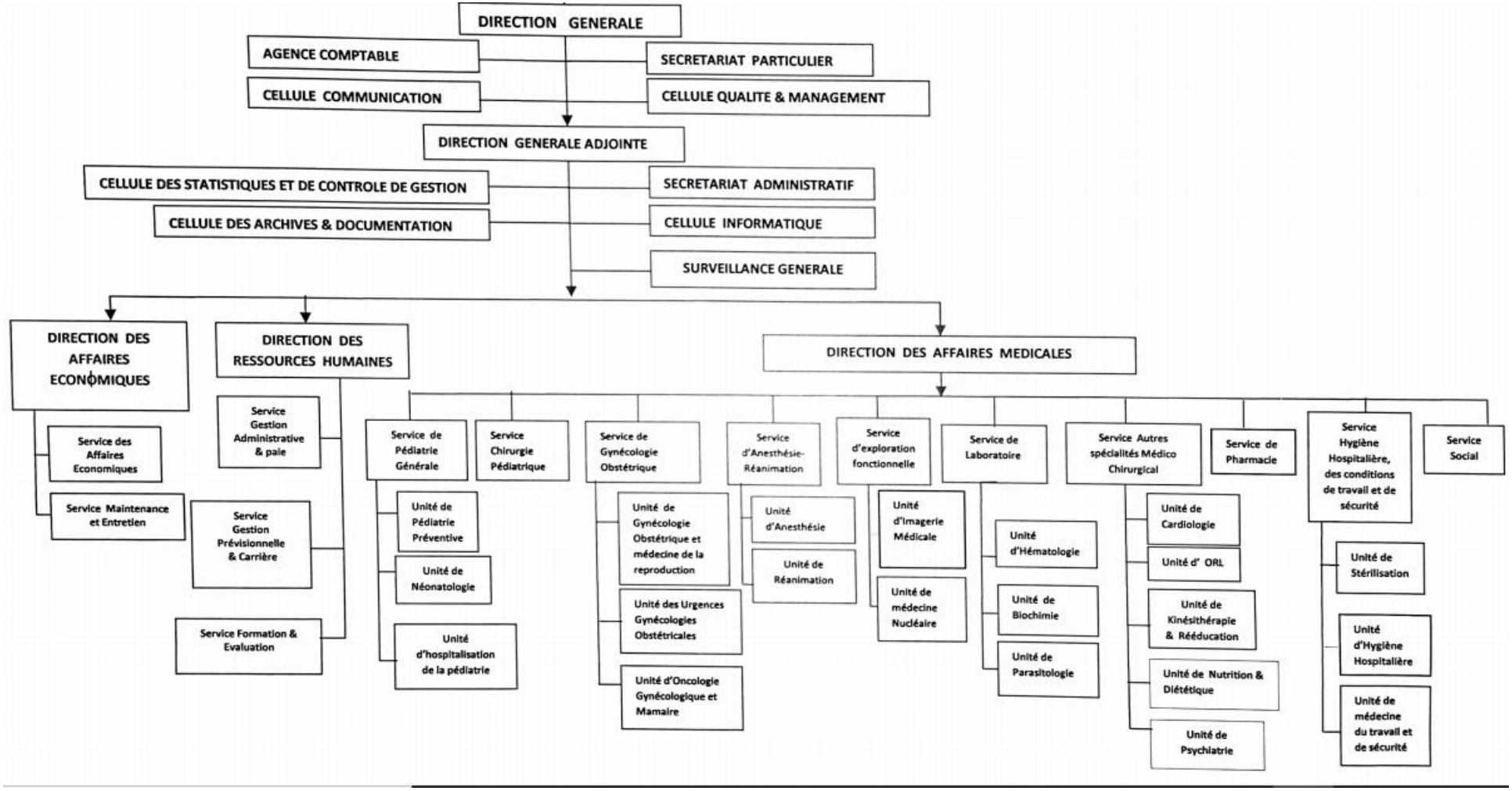


Figure 6 : Organigramme du CHU-MEL (source direction CHU-MEL)

2.1.3.4 Service de la mère

On y distingue :

- le secteur des consultations externes : consultation prénatale (CPN), consultation gynécologique, consultation postnatale, planification familiale
- le bloc obstétrical d'urgence regroupant les urgences, la salle de dilatation, la salle d'accouchement et le bloc opératoire ;
- le secteur d'hospitalisation des mères : Bâtiment D1, D2 et G1 ;
- le service de réanimation ;
- les soins intensifs ;
- la vaccination (au service de la mère et de l'enfant).

2.1.3.5 Les services de l'enfant

Ils regroupent :

- le service de néonatologie ;
- le service de pédiatrie générale et
- le service de chirurgie pédiatrique.

2.1.3.6 Le secteur médico-technique

Il comprend :

- le laboratoire d'analyses biomédicales ;
- la banque de sang ;
- la salle de radiologie ;
- deux (02) salles d'échographie ;
- la pharmacie.

2.1.3.7 Le secteur de soutien

Il est constitué de :

- la buanderie ;
- la lingerie ;

- la cuisine ;
- les magasins.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Nature de l'étude

Il s'agit d'une recherche-action pour l'élaboration d'un outil informatique de l'accréditation hospitalière basé sur le manuel d'accréditation hospitalière du Bénin. Notre étude comporte également une composante qualitative transversale pour le test de fonctionnalité et de validité de l'outil.

2.2.2 Période d'étude

Notre étude s'est étendue sur une période de dix (10) mois allant du 1er mars au 31 décembre 2020. Elle a consisté en quatre phases successives :

- de mars à mai 2020, nous avions défini les bases et les exigences d'un outil informatique d'évaluation de l'accréditation fondé sur les référentiels décrits dans le manuel d'accréditation,
- de mai à juillet 2020, nous avions élaboré un outil informatique d'évaluation de l'accréditation fondé sur les référentiels décrits dans le manuel d'accréditation,
- d'août à octobre 2020, nous avions effectué une phase de terrain afin de tester l'outil pour évaluer le management de deux hôpitaux, le CHU-MEL et le CNHU-PPC,
- d'octobre à décembre 2020, les informations recueillies ont été analysées. Les résultats concernaient à la fois les données des évaluations et celles de la performance de l'outil informatique.

2.2.3 Élaboration de l'outil

L'objectif principal de l'outil était de permettre l'évaluation d'une structure sanitaire en utilisant les référentiels et la méthodologie définis dans le manuel

d'accréditation hospitalière du Bénin. Il se devait d'être une alternative rapide et plus efficace aux techniques d'évaluation conventionnelles. De ce fait cet outil pourrait être utilisé aussi bien pour une autoévaluation par des hôpitaux dans le cadre d'un audit interne, mais également pas des évaluateurs externes dans le cadre d'un audit externe ou d'un processus d'accréditation.

2.2.3.1 Organisation et méthodologie du manuel d'accréditation

2.2.3.1.1 La structure du manuel d'accréditation hospitalière

Le manuel d'accréditation est articulé autour de :

- trois (03) grands chapitres qui représentent les 03 domaines, à savoir :
  - le management de l'établissement,
  - la prise en charge du patient et
  - la gestion des ressources transversales.
- treize (13) parties qui décrivent les 13 référentiels d'accréditation réparties au niveau des 3 chapitres ;
- soixante (60) références qui décrivent les situations de performance ou de qualité recherchée réparties au sein des 13 référentiels.

En outre, le manuel décrit également 271 critères qui sont divisés en sous-critères, éléments spécifiques et concrets directement observables sans ambiguïté, et les indicateurs spécifiques aux références retenues.

En somme, le manuel d'accréditation présente une série de pistes relatives à la préparation de l'institution à l'accréditation et se termine par une grille permettant aux hôpitaux qui le souhaitent de réaliser un diagnostic de leur score d'accréditation avant de se lancer dans l'accréditation.

2.2.3.1.2 Principes essentiels

- plusieurs critères permettent d'évaluer la référence dont la note représente la somme des différentes notes attribuées aux critères ;
- plusieurs sous-critères permettent d'évaluer un critère ;
- une seule note est attribuée à chaque critère ;

- ❖ plusieurs références permettent d'évaluer le référentiel qui les compose et d'apprécier de façon spécifique la qualité offerte à ce niveau ;
- ❖ toutes les références permettent d'évaluer les référentiels d'accréditation et d'apprécier de façon générale la qualité offerte.

2.2.3.1.3 Mode d'évaluation

2.2.3.1.3.1 Méthode d'évaluation des sous-critères

Ils sont évalués :

- ❖ négatifs (non ou -), lorsqu'ils ne sont pas observés/ prouvés, ou répondent « non » à la question d'évaluation…
- ❖ positifs (oui ou +), lorsqu'ils sont observés, vus, prouvés, ou répondent sans ambiguïté « oui » à la question d'évaluation.

2.2.3.1.3.2 Méthode d'évaluation des critères

- ❖ trois notes au choix sont retenues : zéro (0) ; demi (1/2) ou un (1) ;
- ❖ il faut noter que c'est une seule note qui est attribuée à chaque critère. Cette note est de :
  - ➢ zéro (0) lorsque :
    - plus de 50% (entre 50% et 100%) des sous-critères répondent « non » aux questions d'évaluation, ou bien
    - moins de 50% des sous-critères répondent « oui » aux critères d'évaluation ;
  - ➢ demi (½), lorsque :
    - au moins 50% (entre 50% à 90% au plus) des sous-critères répondent « oui » aux questions d'évaluation (grille d'observation, questionnaire, …) ; ou bien
    - moins de 50% (entre 0% et 50% au plus) des sous-critères répondent « non » aux questions d'évaluation ;

➢ un (1), lorsque :

- au moins 90% des sous-critères (entre 90% et 100%) répondent « oui » aux questions d'évaluation.

2.2.3.1.3.3 Méthode d'évaluation des références

La note octroyée à une référence est « la somme des notes attribuées à tous les critères retenus au niveau de la référence considérée »

2.2.3.1.3.4 Méthode d'évaluation des référentiels

C'est la somme des notes attribuées à toutes les références retenues dans le référentiel analysé.

2.2.3.1.3.5 Méthode d'évaluation d'un domaine ou de toute l'évaluation

C'est la somme générale des notes de toutes les références évaluées et contenues dans le domaine retenu ou l'ensemble des domaines retenus. On retient que c'est la note générale de l'évaluation.

2.2.3.1.4 La notation du score d'accréditation

Le score d'accréditation est noté en Pourcentage (%) ;

$$\text{Il est égal à : } \frac{\text{La note générale de l'évaluation X 100}}{\text{Le nombre total des critères analysés}}$$

2.2.3.1.5 Comment apprécie-t-on le résultat obtenu ? Il renseigne généralement et de façon objective sur la qualité offerte.

Quatre (4) niveaux sont appréciables en fonction du score obtenu :

❖ zone verte (entre 80 à 100%) : presque tout ou tout va bien

➢ la qualité offerte est excellente ;

- pas de dysfonctionnements majeurs ;
- peu de conseils pour l'amélioration de la qualité offerte.

❖ zone bleue (entre 60 à 80%)

- la qualité offerte est bonne (cf. les sous- critères notés positifs et les critères évalués "1") ;
- quelques dysfonctionnements (cf. les sous- critères notés négatifs et les critères évalués "zéro" ou ½) ;
- quelques conseils d'amélioration.

❖ zone orange (entre 40 à 60%)

- la qualité offerte est insuffisante ;
- beaucoup de dysfonctionnements ;
- beaucoup de recommandations d'amélioration.

❖ zone rouge (moins de 40%)

- la qualité offerte est très insuffisante ;
- existence de graves dysfonctionnements.

Remarque :

Les appréciations par rapport au score obtenu sont dans la même logique lorsque l'on se situe aussi bien au niveau d'un référentiel (pour une analyse plus spécifique) qu'au niveau de tous les référentiels d'accréditation (pour une analyse plus générale de la qualité offerte)

2.2.3.2 Caractéristiques de l'outil

Nous avons défini neuf (9) critères arbitraires de qualité de notre outil. L'outil d'accréditation devait être :

❖ identifiable : avoir une identité visuelle propre avec un nom et un logo,

❖ gratuit : accessible à tous, de façon immédiate, sans nécessité d'inscription ni restriction d'accès par demande de paiement.

- Accessible : pouvoir y accéder facilement de n'importe quel endroit et avec les appareils standards.
- Pertinent : se baser sur le manuel d'accréditation et le reproduire fidèlement ;
- complet : contenir tous les référentiels, toutes les références, tous les critères et tous les sous critères du premier domaine du manuel d'accréditation hospitalière ;
- complémentaire : être une aide proposée aux évaluateurs. Il ne se substitue en aucun cas à leurs compétences, ni à leurs responsabilités de décision pendant l'évaluation ;
- évolutif : pouvoir être mis à jour régulièrement selon l'actualisation des recommandations ou du manuel. Pour cela le développement doit respecter les standards internationaux et les technologies utilisées doivent être modernes ;
- protecteur des données d'utilisation : l'outil doit respecter les données utilisateurs, et aucune donnée collectée ne devrait faire l'objet de vente ou d'exploitation sans autorisations ;
- intuitif : l'outil doit être facile d'utilisation et offrir une expérience utilisateur de qualité.

2.2.3.3 Financement

Toutes les dépenses effectuées dans le cadre de ce travail ont été prises en charge par le doctorant à défaut d'un financement.

2.2.4 Test de l'outil

2.2.4.1 But du test

Le test a consisté à renseigner l'outil avec des données collectées dans deux CHU afin d'en déterminer sa fonctionnalité et sa validité.

2.2.4.2 Critères de fonctionnalité

L'outil était considéré comme fonctionnel lorsqu'il permettait de renseigner tous les référentiels, références, critères et sous critères du premier domaine du

manuel. Il devait également renvoyer le score de la performance administrative des deux CHU.

2.2.4.3 Critères de validité

Le test était valide lorsque le score renvoyé correspondait au score réel. Pour pouvoir faire la comparaison nous avons réalisé l'évaluation manuellement dans un premier temps, puis avec l'outil dans un second temps.

2.2.4.4 Population d'étude

L'évaluation s'est déroulée dans deux CHU, à savoir le CHU-MEL et le CNHU-PPC. En effet, ces centres hospitaliers sont considérés dans le manuel d'accréditation comme étant « un terrain d'expérimentation idéal pour l'accréditation du fait de leur caractère nécessairement innovant ». Par ailleurs « leur positionnement central dans la formation des futurs médecins, et leur responsabilité sociétale dans le cadre d'une prise en charge de pointe des patients représentent une opportunité pour la mise en œuvre des exigences de l'accréditation » [6].

La population d'étude était représentée dans ces hôpitaux par les clients externes et les clients internes.

2.2.4.5 Collecte de données

2.2.4.5.1 Source de données

Les sources des données étaient :

- les clients externes,
- les clients internes répartis en deux catégories :
  - les membres de l'administration,
  - le personnel soignant.
- les textes et documents officiels régissant les deux hôpitaux (tableau de bord, décret de création, documents de planification…etc)
- les rapports de réunion et de séances de travail,

- les différents courriers internes et externes,
- les panneaux d'affichage dans chaque hôpital.

2.2.4.5.2 Outil de collecte de données

Pour la collecte des données nous avons utilisé principalement un questionnaire issu du manuel d'accréditation (https://www.accredhospi-benin.com/manuel/).

2.2.4.5.3 Technique de collecte des données

Notre étude concernait le CHU-MEL et le CNHU-PPC. Dans ces deux hôpitaux, nous avons procédé à l'entretien avec trois catégories de personnes à savoir : des membres de l'administration, des personnels soignants ainsi que des patients. Le choix des personnes à interroger a été fait par commodité et suivant la nature des informations recherchées. En effet notre évaluation et le questionnaire en général nécessitait des informations qui n'étaient pas disponibles auprès de toutes les catégories de personnes interrogées.

Nous avons procédé ensuite à la vérification des informations recueillies lors des entretiens en exploitant d'autres sources d'informations tels que les textes et documents officiels régissant les deux hôpitaux (tableau de bord, décret de création, documents de planification…etc.), les rapports de réunion et de séances de travail, les différents courriers internes et externes, les panneaux d'affichage dans l'hôpital.

Pour chaque item du questionnaire, un seul résultat est fourni. Il s'agit de la synthèse subjective de toutes les informations y relatives qui ont été recueillies.

Nous avons alors utilisé ces synthèses obtenues pour effectuer l'évaluation de façon manuelle, puis enfin en utilisant notre plateforme.

2.2.4.6 Échantillonnage

En raison du caractère évaluatif du travail, pour les entretiens, nous nous sommes limités à un effectif de 5 personnes par catégorie et par hôpital. Le choix de ces personnes a été fait par commodité. L'objectif étant surtout de tester l'outil.

2.2.4.7 Variables

2.2.4.7.1 Présentation des variables

Elles sont réparties en variables dépendantes et indépendantes

❖ **Variables indépendantes**

Les variables indépendantes de l'étude sont au nombre de deux (2) il s'agit de :

- la structure sanitaire
- les sous-critères d'évaluation

❖ **Variables dépendantes**

Les variables dépendantes sont au nombre de quatre (4) :

- la performance managériale de chaque hôpital qui est la variable principale de l'étude,
- les référentiels d'accréditation,
- les références d'accréditation,
- les critères d'évaluation.

2.2.4.7.2 Définitions des variables

2.2.4.7.2.1 La structure sanitaire

Il s'agit d'une variable indépendante nominale qui permet de préciser la structure dans laquelle l'évaluation est faite. Elle ne peut prendre que deux valeurs : CNHU-PPC, CHU-MEL.

2.2.4.7.2.2 Les sous critères

Elles représentent la base de l'étude. Elles sont des variables indépendantes binaires mesurées directement sur le terrain et peuvent prendre les valeurs Oui ou Non. Elles servent au calcul des critères. Elles sont au nombre de 106 à savoir :

- les textes régissant l'organisation, le fonctionnement et la gestion, sont disponibles au sein de l'établissement (V111a) ;
- les textes sont diffusés dans les différents services (V111b) ;
- les textes sont réellement utilisés dans les différents services (V111c) ;
- l'organigramme fonctionnel de l'établissement est disponible et connu (V112a) ;
- l'organigramme de chaque service est connu et affiché (V112b) ;
- les descriptions de poste sont établies, disponibles et respectées par chaque agent (V112c) ;
- Les descriptions des postes sont régulièrement évaluées et actualisées chaque année (V112d) ;
- les organes de décision sont mis en place et fonctionnent conformément aux statuts (Comité de Direction, Conseil d'Administration...) (V113a) ;
- les ordres du jour et les comptes rendus des réunions sont communiqués aux membres (participants) (V113b) ;
- le fonctionnement des organes de décision est évalué chaque année (V113c) ;
- les organes de gestion sont mis en place et fonctionnent conformément aux statuts (V114a) ;
- le fonctionnement des organes de gestion est évalué chaque année (V114b) ;
- tous les rapports statutaires sont établis chaque année conformément aux statuts (V114c) ;
- les circuits de décision et de délégation de pouvoir sont clairement définis (V115a) ;
- les secteurs d'activités sont supervisés et encadrés par les responsables hiérarchiques (V115b) ;

- les rapports des activités des secteurs et services, sont régulièrement établis et transmis à la hiérarchie (V115c) ;
- les réunions au sein des services sont régulièrement tenues, et les décisions d'amélioration issues des réunions au sein des services sont mises en œuvre (V115d) ;
- les réunions interservices sont tenues et les comptes rendus issus des réunions interservices sont envoyés à la hiérarchie (V115e) ;
- le manuel de procédures de gestion administrative, matérielle, financière et comptable est disponible (V116a) ;
- le personnel est formé à l'utilisation du manuel de procédure (V116b) ;
- le manuel de procédures est diffusé et utilisé (V116c) ;
- la concertation avec les partenaires sociaux est organisée (V117a) ;
- les décisions issues des concertations sont efficacement mises en œuvre (V117b) ;
- les enquêtes de satisfaction du personnel sont réalisées chaque année et les résultats communiqués (V117c) ;
- les actions d'amélioration issues des enquêtes sont mises en œuvre. (V117d) ;
- le Guide du Patient est disponible dans chaque service (V118a) ;
- le personnel est informé et formé sur le contenu du Guide du Patient (V118b) ;
- un système d'écoute client (gestion des plaintes, orientation client) est mis en place (V118c) ;
- la volonté du patient et de son entourage, dans les soins et même dans les questions d'éthique, est respectée (V118d) ;
- la politique hôtelière prend en compte les attentes des patients (cf. liste des besoins explicites et implicites) (V118e) ;
- la représentation des usagers et des acteurs associatifs au sein de l'établissement est organisée (V118f) ;
- un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé (V118g) ;

- les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (V118e) ;
- les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activités ou d'établissement (V118f) ;
- le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré (V118g) ;
- la liste des associations des usagers, des ONG, des confessions religieuses de l'aire géographique est établie (V119a) ;
- des réunions de concertation régulières sont planifiées et tenues (V119b) ;
- les résultats issus des réunions de concertation sont communiqués et exploités pour l'amélioration de la qualité des services (V119d) ;
- le tableau de bord est défini (V120a) ;
- les indicateurs sont définis (V120b) ;
- les indicateurs sont mesurés et analysés (V120c) ;
- les résultats issus de l'analyse des indicateurs sont exploités pour la conduite du projet d'établissement (V120d) ;
- une stratégie de communication au personnel sur des résultats obtenus est mise en place et documentée (V120e) ;
- les tableaux de bord sont examinés au sein de la direction de l'établissement et des secteurs d'activités (V120f) ;
- la stratégie de l'établissement est revue en fonction des résultats du suivi/évaluation (V120g) ;
- le leader a défini une vision (V121a) ;
- la vision est connue du personnel (V121b) ;
- le personnel partage la vision du chef (V121c) ;
- les moyens de communication interne sont définis (V122a) ;
- les moyens de communication interne définis sont connus par le personnel (V122b) ;
- les moyens de communication interne sont fonctionnels (tableaux d'affichage, cahier de transmission, intranet, corporate, téléphonie mobile, …) (V122c) ;

- les actions correctives issues de l'analyse de l'efficacité des moyens de communication sont mises en œuvre (V122d) ;
- le chef confie des tâches aux collaborateurs (V123a) ;
- le chef aide ses collaborateurs à s'améliorer (V123b) ;
- le chef concerte les collaborateurs dans ses prises de décision (V123c) ;
- le personnel se sent engagé dans la mise en œuvre des décisions prises (participe de façon efficace à la mise en œuvre…) (V123d) ;
- le chef encourage les initiatives individuelles du personnel (V124a) ;
- le chef incite le collaborateur à mieux réussir ses tâches (V124b) ;
- le chef motive le travail bien fait (lettre de félicitation, formations, avantages divers, …) (V124c) ;
- le chef fait la promotion des agents compétents (V124d) ;
- les valeurs et les missions de l'établissement sont définies et communiquées au public (clients) et aux professionnels (V211a) ;
- les valeurs et les missions de l'établissement sont contenues dans les orientations stratégiques (V211b) ;
- l'établissement dispose d'un Plan stratégique de développement /PEH qui englobe les orientations stratégiques (V212a) ;
- les orientations stratégiques sont définies en concertation avec les différents acteurs et ont pris en compte les besoins de la population cible (V212b) ;
- les orientations stratégiques sont déclinées en différents programmes/sous-programmes et/ou projets/sous-projets (qualité et sécurité des soins, gestion des risques, ressources humaines, système d'information, communication, etc.) (V212c) ;
- la mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique (V212d) ;
- les postes et les profils sont définis à l'avance (V221a) ;
- les postes et les profils sont respectés tels que définis (V221b) ;

- un organigramme fonctionnel est établi et mis en œuvre dans chaque service (V221c) ;
- l'efficacité des postes et les profils mis en œuvre est évaluée (V221d) ;
- les actions d'amélioration sont mises en œuvre (V221e) ;
- les responsables ont défini les objectifs de leur secteur d'activités en cohérence avec les orientations stratégiques (PEH) de l'hôpital et/ ou des objectives qualités des soins et services à offrir (V222a) ;
- les collaborateurs des secteurs d'activités ont participé à la définition des objectifs définis (ou les connaissent) (V222b) ;
- chaque secteur a défini ses indicateurs de performance (V222c) ;
- la réalisation des objectifs/ la mise en œuvre des activités des secteurs d'activité est évaluée à périodicité définie (mensuelle/trimestrielle/semestrielle/annuelle) (V223a) ;
- les actions d'amélioration identifiées sont mises en œuvre (cf. exemples réels) (V223b) ;
- l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est analysée (V223c) ;
- la pertinence des motifs d'hospitalisation est évaluée (V224a) ;
- la pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée (V224b) ;
- la pertinence des examens de laboratoire est évaluée (V224c) ;
- la pertinence des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée (V224d) ;
- un mode de concertation (cadre d'échange) entre les professionnels est mis en place dans chaque secteur d'activités en vue de favoriser l'expression et la recherche de solutions aux différents problèmes posés (V224e) ;
- les risques potentiels sont identifiés à tous les niveaux (V225a) ;
- les professionnels sont formés à la prévention et la prise en charge des risques identifiés (V225b) ;
- la mise en œuvre des actions de prévention des risques et de prise en charge des risques est évaluée (V225c) ;

- le personnel est formé à l'outil informatique et à l'usage du SIH (V311a) ;
- les moyens matériels adéquats sont mis en place pour un SIH performant (matériel informatique, serveur, énergie électrique/solaire, climatiseurs, locaux, etc…) (V311b) ;
- un réseau intranet est fonctionnel dans l'établissement et couvre tous les bâtiments/services de l'établissement (V311c) ;
- une connexion internet est disponible dans l'établissement et couvre tout le réseau intranet (couvre tous les services) (V311d) ;
- le logiciel de gestion des données statistiques est installé dans l'établissement et fonctionnel (V311e) ;
- le recueil des données est organisé dans tous les secteurs de l'établissement (V311f) ;
- les données sont recueillies traitées et mises à la disposition des professionnels en temps réel (V312a) ;
- les données recueillies sont régulièrement partagées et analysées (interopérabilité) (V312b) ;
- les informations recueillies ne sont ni altérées, ni perdues, ni redondantes (V312c) ;
- les données recueillies sont utilisées par les professionnels pour la prise de décisions (V312d) ;
- le patient est identifié sans ambiguïté (V312e) ;
- la nomenclature des actes médicaux (CIM 10) est utilisée (V312f) ;
- le contrôle qualité (des données et du SIH) est mis en place et fait l'objet d'actions d'amélioration (V312g) ;
- l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est évaluée (V312h) ;
- une politique d'identification du patient est définie ; (V313a)
- des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre (V313b) ;
- une procédure de sécurisation des données est établie et respectée (V313c) ;

- ❖ un responsable du SIH est nommé et accomplit effectivement ses tâches (V313d) ;
- ❖ un dispositif est mis en place pour la continuité des activités en cas de panne du système d'information (supports manuels, etc.) (V313e) ;
- ❖ les postes de travail sont sécurisés (infrastructures sécurisées contre vols, incendies, intempéries, etc. …) (V313f) ;
- ❖ la confidentialité des données vis-à-vis des prestataires est assurée par la sécurisation de l'accès physique et le mot de passe (V313g) ;
- ❖ une sauvegarde est faite régulièrement et stockée à distance (système "backup") (V313h) ;
- ❖ le dispositif de sécurité du SIH est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration (V313i) ;
- ❖ l'efficacité des actions d'amélioration est évaluée (V313j).

2.2.4.7.3 Les variables dépendantes de l'évaluation

Le tableau suivant récapitule les variables dépendantes, leur provenance, leur expression et les relations qui les lient. La variable principale de l'étude est la performance administrative de chaque hôpital. Elle est calculée grâce aux référentiels, qui sont aussi calculés grâces aux références. Les références sont obtenues grâce aux critères qui sont quant à elles calculées grâce aux sous critères cités précédemment.

Tableau 1: Variables dépendantes

Variables dépendantes	Intitulé de la variable	Mode d'expression	Unités
Variable principale	Performance administrative de l'hôpital (V)	$V=\frac{V1+V2+V3}{V1max+V2max+V3max}$	%

Référentiels	Qualité de l'organisation et des modalités de pilotage interne de l'établissement (V1)	V1= V11+V12	
	Qualité de la stratégie de l'établissement hospitalier (V2)	V2= V21+V22	
	Qualité du SIH (V3)	V3= V31	
Références	Efficacité de la gouvernance est mise en place au sein de l'établissement hospitalier (V11)	V1=V111+ V112+V113+V114+V115+ V116+V117+V118+V119+ V120	
	Qualité du leadership mis en place (V12)	V12=V121+V122+V123+ V124	
	Efficacité du management stratégique développé (V21)	V21=V211+ V212	
	Performance du management opérationnel mis en place à tous les niveaux (V22)	V22=V221+V222+V223+ V224+V225	
	Fonctionnalité fiabilité et sécurité du système d'information hospitalier (V31)	V31=V311+ V312	
Critères	Les textes législatifs et réglementaires relatifs aux établissements hospitaliers sont disponibles, connus et utilisés (V111)	Issus de l'analyse des sous critères 111a à 111c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Les rôles des différents acteurs sont définis (V112)	Issus de l'analyse des sous critères 112a à 112d à l'issu	

		de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le Fonctionnement régulier des organes de décision est assuré au sein de l'établissement (V113)	Issus de l'analyse des sous critères 113a à 113c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le fonctionnement régulier des organes de gestion_est assuré au sein de l'établissement (V114)	Issus de l'analyse des sous critères 114a à 114c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	La direction et l'encadrement des différents secteurs d'activités sont définis…(V115)	Issus de l'analyse des variables dépendantes de 115a à 115e à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le manuel de procédures de gestion est disponible, diffusé et utilisé (V116)	Issus de l'analyse des variables dépendantes de 113a à 111c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le dialogue social et l'implication du personnel sont instaurés au sein de l'établissement (V117)	Issus de l'analyse des sous critères 117a à 117d à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le patient et son entourage ont une place primordiale au sein de l'établissement (V118)	Issus de l'analyse des sous critères 118a à 118j à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	

	Les représentants des usagers et les associations sont impliqués dans la réalisation des objectifs de l'établissement (V119)	Issus de l'analyse des sous critères 119a à 119c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le pilotage de l'établissement est réalisé sur la base d'un tableau de bord préalablement défini (V120)	Issus de l'analyse des sous critères 120a à 120g à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le personnel adhère à la vision du leader (V121)	Issus de l'analyse des sous critères 121a à 121c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Une communication efficace est mise en place (V122)	Issus de l'analyse des sous critères 122a à 122j à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le leader accorde de l'attention et de l'importance à ses collaborateurs (V123)	Issus de l'analyse des sous critères 123a à 123d à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le leader reconnaît les mérites des collaborateurs (V124)	Issus de l'analyse des sous critères 124a à 124d à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Les valeurs, les missions de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre (V211)	Issus de l'analyse des sous critères 211a à 211b à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	

	Les stratégies de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre (V212)	Issus de l'analyse des sous critères 212a à 212d à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	La place et le rôle des professionnels sont connus et respectés (V221)	Issus de l'analyse des sous critères 221a à 221e à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Les responsables des secteurs d'activités indiquent les objectifs à atteindre (V222)	Issus de l'analyse des sous critères 222a à 222c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Les responsables des secteurs participent activement aux activités d'amélioration de la qualité (V223)	Issus de l'analyse des sous critères 223a à 223c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Les responsables des secteurs d'activité évaluent la pertinence de leurs actes (V224)	Issus de l'analyse des sous critères 224a à 224e à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Une fonction « gestion des risques » est mise en œuvre dans l'établissement (V225)	Issus de l'analyse des sous critères 225a à 225c à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le système d'information hospitalier (SIH) est fonctionnel (V311)	Issus de l'analyse des sous critères 311a à 311f à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	

	Le système d'information hospitalier (SIH) est fiable (V312)	Issus de l'analyse des sous critères 312a à 312h à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	
	Le système d'information hospitalier (SIH) est sécurisé (313)	Issus de l'analyse des sous critères 313a à 313j à l'issu de laquelle une note sera attribuée entre 0 ½ et 1	

NB : Le suffixe max désigne le score maximal possible pour une variable donnée

2.2.4.8 Analyse des données

Les données collectées grâce au questionnaire ont été renseignées dans l'outil et analysées grâce à ce dernier.

2.2.4.9 Considérations éthiques

Les autorités administratives (directeur du CHU-MEL et du CNHU- PPC) ont été informées de l'étude et de son utilité. Les informations ont été recueillies après le consentement éclairé des responsables des hôpitaux et des personnes interrogées. Dans chaque hôpital, nous avons expliqué le but, l'intérêt de l'étude. Le respect rigoureux de l'anonymat des patients, membres de l'administration et personnels ainsi que la confidentialité du secret médical ont été garantis. Il faut aussi noter qu'un retour d'informations a été fait aux différentes structures en question et aux concernés.

RÉSULTATS

3.1 Résultats de l'élaboration de l'outil

3.1.1 Identité visuelle

3.1.1.1 Nom

Nous avons défini le nom AccredHospi-Benin pour l'outil. Il s'agit d'un nom facilement mémorisable qui s'associe spontanément au thème de l'accréditation. La racine Accred (issue d'accréditation) associée au suffixe Hospi (pour hôpital), font référence à l'objectif de l'outil à savoir l'accréditation des hôpitaux. Le suffixe Bénin vient rappeler notre pays.

3.1.1.2 Logo de l'outil

Le logo créé, utilise la couleur bleue, souvent associé à la confiance pour mettre l'accent sur la fiabilité de l'outil. Nous avons utilisé également des flèches pour symboliser le caractère continu de la recherche de la qualité et des cercles plus foncés de diamètre décroissant vers le centre pour signifier notre attachement à l'excellence mais aussi le perfectionnisme.



Figure 7 : logo de Accredhospi-Bénin [28]

3.1.2 Présentation de l'outil

Nous avons réalisé une application web en utilisant Réact.js. Il s'agit d'une bibliothèque libre du langage de programmation JavaScript, développé

par Facebook en 2013. Réact est très souvent utilisé pour réaliser des applications web de qualité. Nous l'avons déployé sur un site créé spécialement pour l'occasion : Accredhospi-Bénin.com. Ce site a été développé grâce à WordPress (un Content Management Service ou Système de gestion de contenu) et hébergé chez o2switch un hébergeur français disponible sur 02switch.fr.

3.1.2.1 Chemin d'accès à l'application

Pour accéder à l'application il faut disposer d'une tablette ou d'un ordinateur. En général tout appareil disposant d'un navigateur internet pourrait y accéder (portable, télévision connectée etc). Cependant l'expérience optimale est obtenue en utilisant un ordinateur ou une tablette. Il faut également disposer d'une connexion internet.

Une fois équipée de ce genre d'appareil avec une connexion internet il faut :

- Aller dans la barre d'adresse du navigateur et renseigner l'url : Accredhospi-benin.com
- Cliquer sur évaluer dans le menu de la page qui s'affiche ou sur commencer une évaluation dans l'entête.

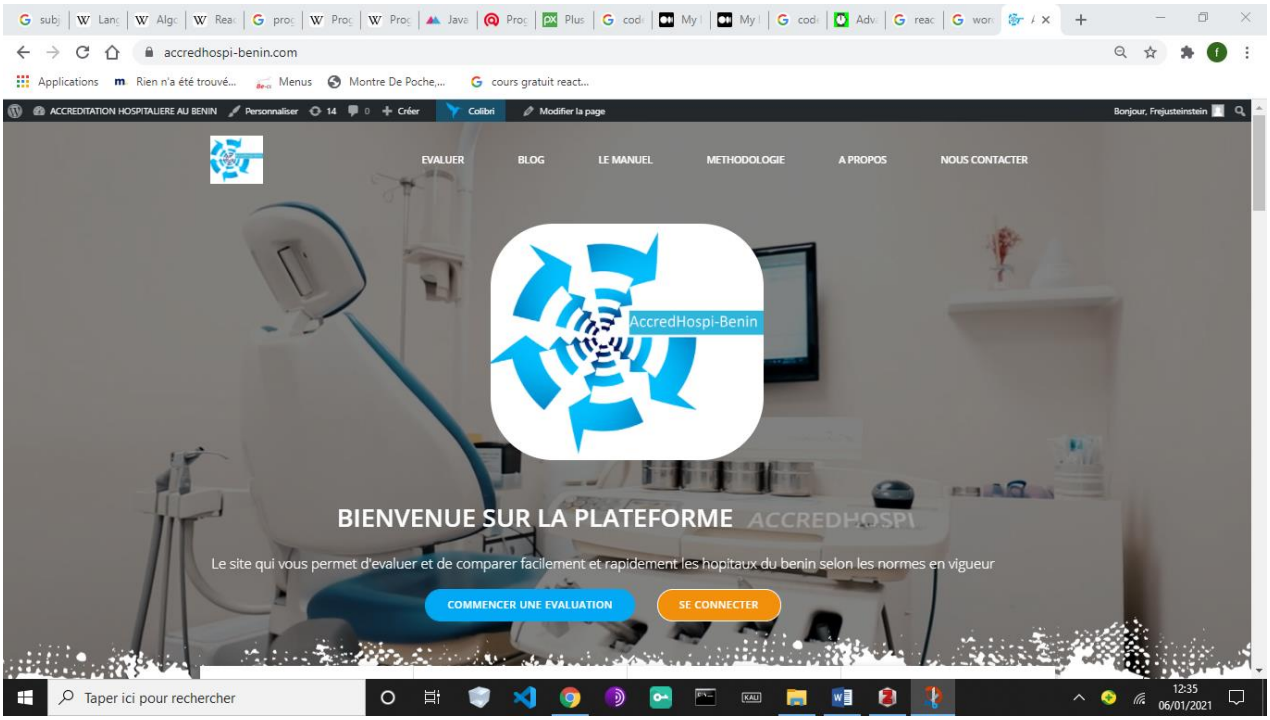


Figure 8 : capture d'écran de l'adresse accredhospi-Benin.com [28]

Une fois appuyée on atterrit sur la page d'accueil de l'application web

3.1.2.2 Description de l'application web

3.1.2.2.1 L'Accueil

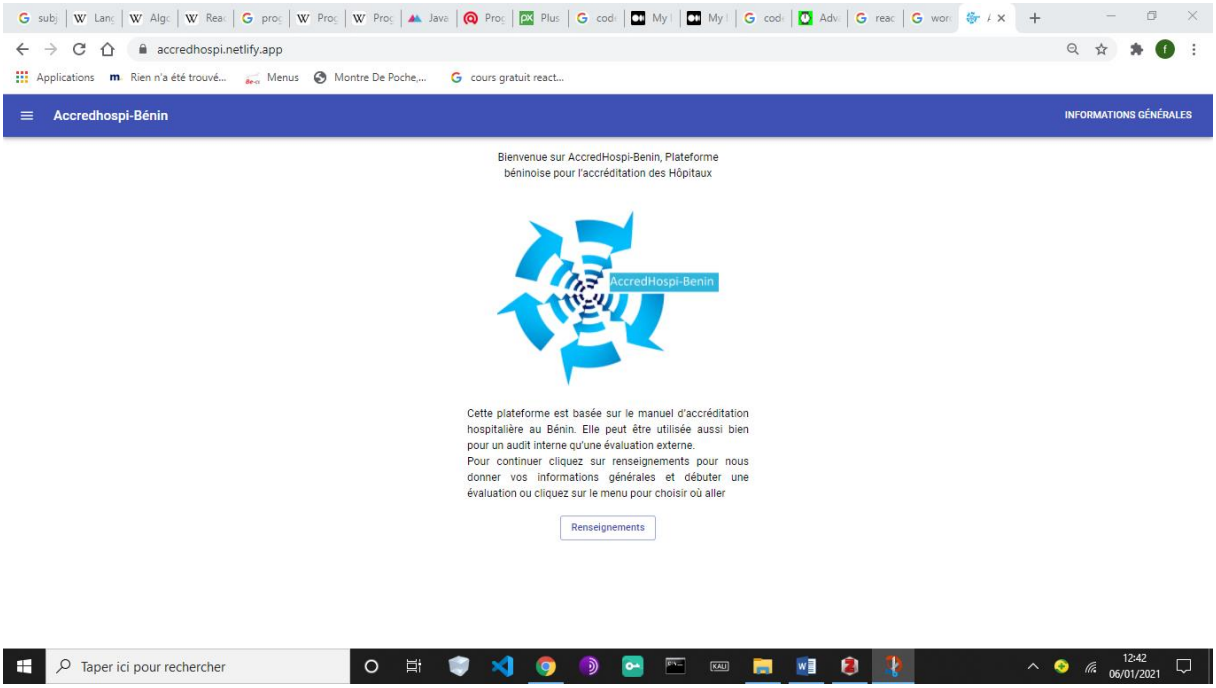


Figure 9 : Accueil de l'application web

La page d'accueil de l'application web se présente comme une page avec plusieurs parties distinctes.

- En haut une barre bleue comportant trois éléments, de la gauche vers la droite :
  - Trois traits horizontaux symbolisant le menu ;
  - le nom accredhospi-bénin ;
  - le menu informations générales qui ramène vers la page informations générales.
- au milieu une page qui souhaite la bienvenue, présente le logo de la plateforme ainsi que son but ;
- un bouton intitulé renseignements ; qui amène sur la page information générale.

3.1.2.2.2 Le menu

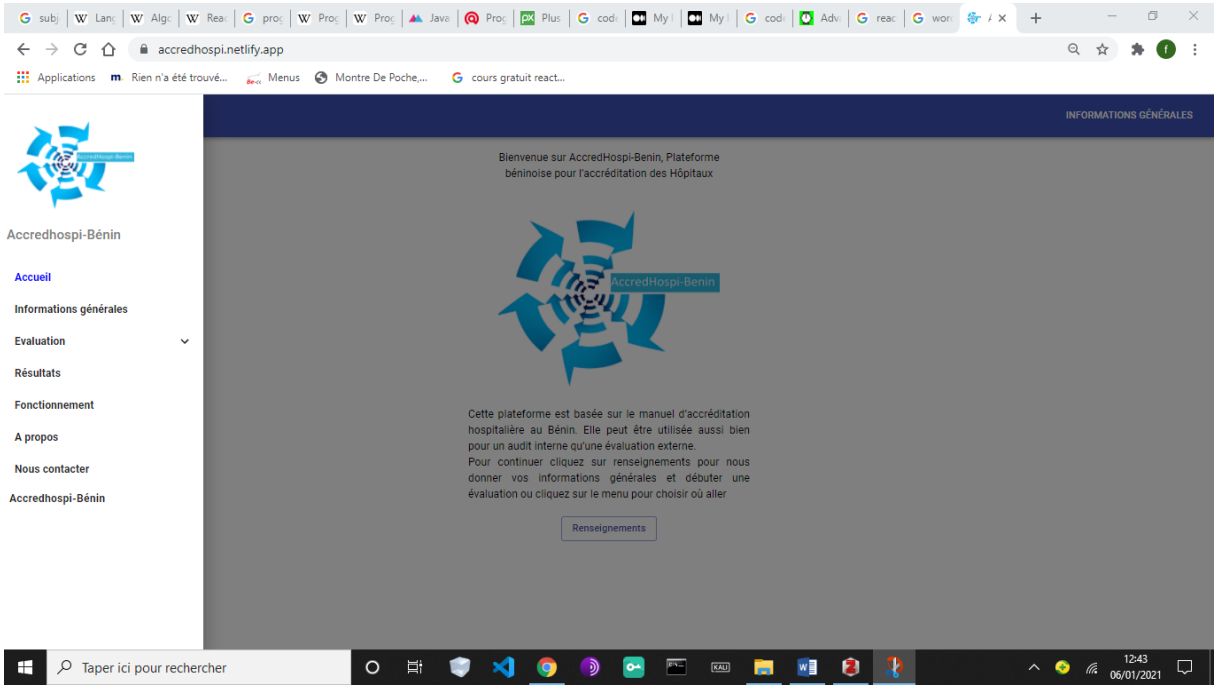


Figure 10 : Menu de l'application web

Une fois déroulée, le menu présente les éléments suivants :

- Le logo et le nom de la plateforme ;
- l'onglet Accueil, qui comme son nom l'indique permet d'accéder à l'accueil
- l'onglet Informations générales, qui comme son nom l'indique permet d'accéder à la page Informations générales
- l'onglet Evaluation qui est un onglet dépliable qui totalement déplié montre les hiérarchisations des domaines référentiels références et critères selon le manuel d'accréditation. Permettant ainsi d'aller vers le critère souhaité.

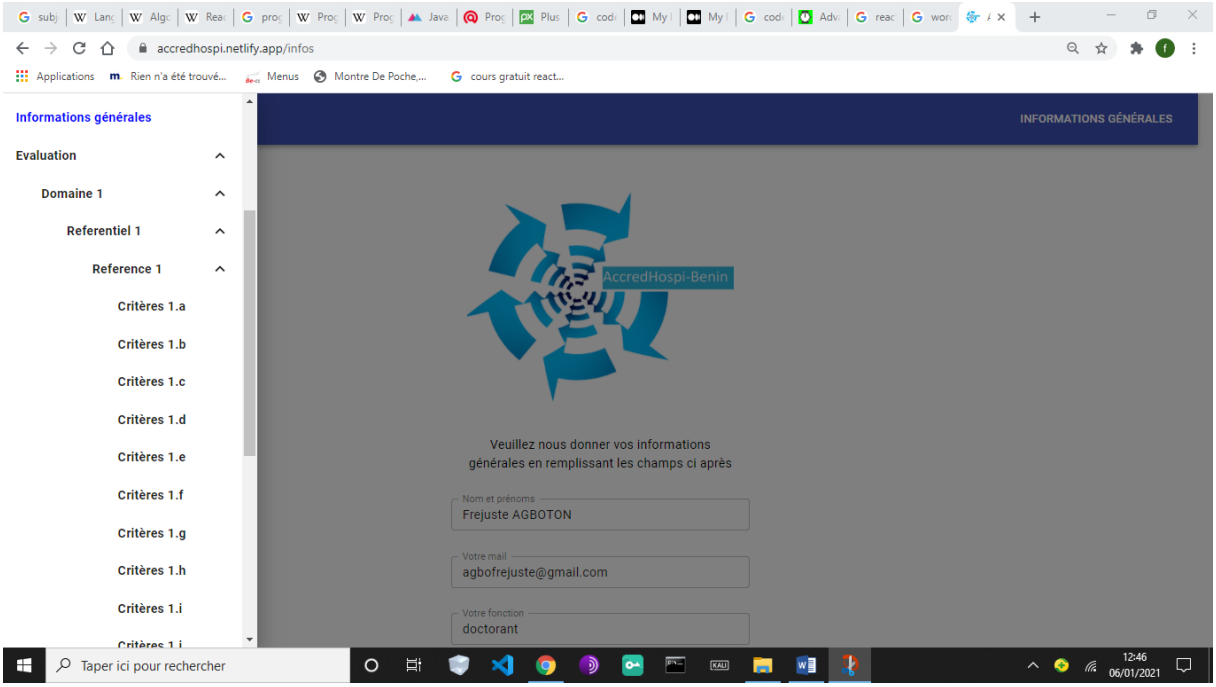


Figure 11 : Hiérarchisation de l'onglet Évaluation

- l'onglet Résultats pour accéder à la page des résultats,
- l'onglet Fonctionnement pour accéder à la page fonctionnement,
- l'onglet À propos pour accéder à la page à propos,
- l'onglet Nous contacter pour accéder à la page Nous contacter,
- l'onglet Accredhospi-Bénin.com qui permet de retourner au site général.

3.1.2.2.3 Page Informations générales :

Il s'agit d'un petit formulaire qui recueille les différentes informations sur l'évaluateur (nom, prénoms, mail) et sur la structure sanitaire à évaluer (noms, autorisations, mails). En outre il permet de spécifier le type d'évaluation (audit interne, évaluation externe.

3.1.2.2.4 Procédure d'une évaluation avec l'application

L'application peut être utilisée pour une évaluation aussi bien de tout le domaine 1 que d'un référentiel, d'une référence ou d'un critère précis. Pour effectuer une évaluation la première étape consiste à renseigner les informations de l'utilisateur, et de l'hôpital à évaluer sur la page d'informations générale. En suite dans le *menu général* cliquer sur *évaluation*, déplisser et choisir l'item à évaluer (un référentiel précis, une référence ou un critère).

Une fois le critère choisi, les sous critères de ce critère s'affichent au milieu de la page. On y retrouve l'énoncé dans l'ordre du domaine, référentiel, référence et critère dont sont issus les sous critères.

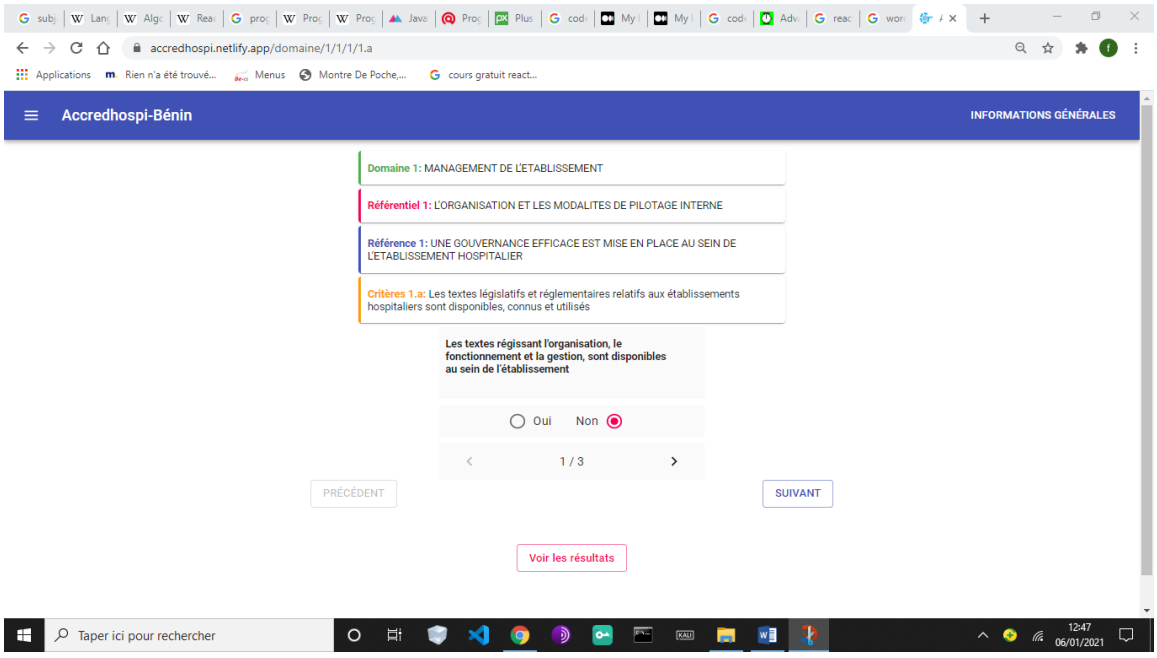


Figure 12 : affichage de la page de l'évaluation d'un sous critère

Vient alors l'énoncé du sous critère avec deux options en bas *oui* ou *non.*

Après avoir choisi la réponse on peut passer aux sous critères suivants ou précédents appartenant au même critère grâce à de petites flèches en bas, ou passer au critère suivant ou précédent grâce aux boutons suivant et précédent.

En bas on retrouve un bouton *voir les résultats* qui permet d'accéder à la page des résultats. Une fois l'évaluation terminée, on peut retrouver une synthèse sur la page des résultats.

3.1.2.2.5 Page de résultats

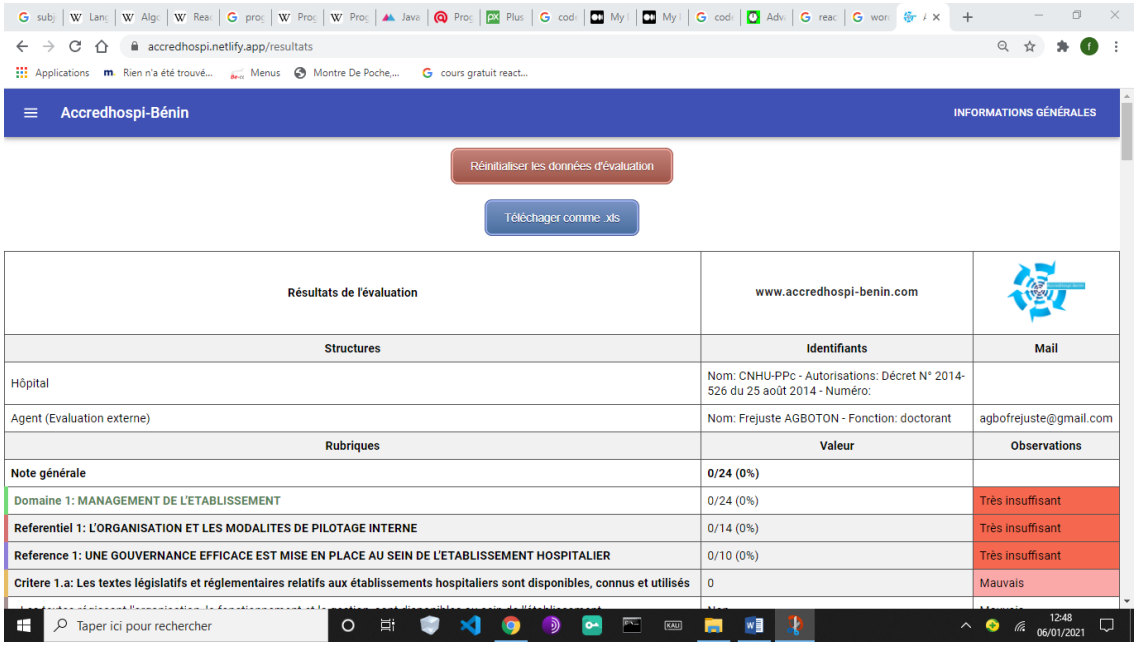


Figure 13 : page des résultats

La page des résultats est une page qui fait la synthèse des résultats de l'évaluation. On y retrouve les résultats dans un grand tableau établi suivant le modèle du manuel d'accréditation.

On y retrouve les informations de la structure évaluée et de l'évaluateur. Ensuite les résultats de l'évaluation avec le score de chaque sous critère, critère, références, référentiels, et domaine. On y retrouve également des observations en fonction du score.

Il faut noter que le résultat peut être exporté dans un format excel, et toute l'évaluation remise à zéro grâce à un bouton présent sur la page.

3.1.2.2.6 Les autres pages

L'application possède également d'autres pages à savoir À propos, Fonctionnement, Nous contacter, qui sont issus du site général et ne présentent pas de grand intérêt pour la suite de notre thèse. Aussi le site général possède une partie blog qui servira de tribunes pour passer des informations ou des articles par rapport à la qualité de soins au Bénin.

3.2 Résultats de la phase de test

3.2.1 Évaluation des hôpitaux sans l'outil

Notre étude a concerné le premier domaine du manuel d'accréditation. Ce domaine traite du management de l'établissement.

Il contient 3 référentiels scindés en 5 références eux même scindés en 23 critères pour un total de 109 sous critères.

3.2.1.1 Référentiel 1 : L'ORGANISATION ET LES MODALITÉS DE PILOTAGE INTERNE

Le référentiel 1 est celui qui traite de l'organisation et des grandes modalités de pilotage interne de l'hôpital.

Il comporte 2 références principales.

- Référence 1 : Une gouvernance efficace est mise en place au sein de l'établissement hospitalier
- Référence 2 : Le leadership mis en place facilite l'atteinte du but commun

Sur ces deux références, globalement le CNHU-PPC réalise une meilleure performance notamment sur la première référence.

Les deux hôpitaux se situent dans la zone verte.

Tableau 2: résultats référentiels 1 (l'organisation et les modalités de pilotage interne)

Références du référentiel	CHU-MEL(H1)	CNHU-PPC(H2)
Référence 1: Une gouvernance efficace est mise en place au sein de l'établissement hospitalier	8,5/10	9,5 /10
Référence 2: Le leadership mis en place facilite l'atteinte du but commun	4/4	4/4
Total	12,5/14	13,5/14
Score	89%	96%
Appréciation	Zone verte (excellent)	Zone verte (excellent)

Ci-dessous les différents détails

Référence 1 : UNE GOUVERNANCE EFFICACE EST MISE EN PLACE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Critère 1.a : Les textes législatifs et réglementaires relatifs aux établissements hospitaliers sont disponibles, connus et utilisés

Tableau 3: résultats critère 1.a (les textes législatifs et réglementaires relatifs aux établissements hospitaliers sont disponibles, connus et utilisés)

Sous critères	CHU-MEL(H1)	CNHU-PPC(H2)
Les textes régissant l'organisation, le fonctionnement et la gestion, sont disponibles au sein de l'établissement	+	+
Les textes sont diffusés dans les différents services.	+	+
Les textes sont réellement utilisés	+	+
Total	3/3 (100%)	3/3 (100%)
Score	1	1

Critère 1.b : Les rôles des différents acteurs sont définis

Tableau 4: résultats critère 1.b (les rôles des différents acteurs sont définis)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
L'organigramme fonctionnel de l'établissement est disponible et connu	+	+
L'organigramme de chaque service est connu et affiché.	+	+
Les descriptions de poste sont établies, disponibles et respectés par chaque agent.	+	+
Les descriptions des postes sont régulièrement évaluées chaque année et actualisées	+	+
Total	4/4(100%)	4/4(100%)
Score	1	1

Critère 1.c : Le Fonctionnement régulier des organes de décision est assuré au sein de l'établissement

Tableau 5: résultats critère 1.c

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC (H2)
Les organes de décision sont mis en place et fonctionnent conformément aux statuts	+	+
Les ordres du jour et les comptes rendus des réunions sont communiqués aux membres	+	+
Le fonctionnement des organes de décision est évalué chaque année	+	+
Total	3/3(100%)	3/3(100%)
Score	1	1

Critère 1.d : Le fonctionnement régulier des organes de gestion est assuré au sein de l'établissement

Tableau 6: résultats critère 1.d

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les organes de gestion sont mis en place et fonctionnels conformément aux statuts	+	+
Le fonctionnement des organes de gestion est évalué chaque année (Cf. CMC ou CME, CODIR, …)	+	+
Tous les rapports statutaires sont établis chaque année (rapports d'activités, états financiers…)	+	+
Total	3/3(100%)	3/3(100%)
Score	1	1

Critère 1.e : La direction et l'encadrement des différents secteurs d'activités sont définis

Tableau 7: résultats critère 1.e

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les circuits de décision et de délégation de pouvoir sont clairement définis	+	+
Les secteurs d'activités sont supervisés et encadrés par les responsables hiérarchiques	+	+
Les rapports des activités des secteurs et services, sont régulièrement faits et transmis à la hiérarchie	+	+
Les réunions au sein des services sont régulièrement tenues, les décisions d'amélioration sont mises en œuvre	+	+
Les réunions interservices sont tenues et les comptes rendus sont envoyés à la hiérarchie	+	+
Total	5/5 (100%)	5/5 (100%)
Score	1	1

Critère 1.f : Le manuel de procédures de gestion est disponible, diffusé et utilisé

Tableau 8: résultats critère 1.f (le manuel de procédures de gestion est disponible, diffusé et utilisé)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Le manuel de procédures de gestion administrative, matérielle, financière et comptable est disponible	+	+
Le personnel est formé à l'utilisation du manuel de procédure	+	+
Le manuel de procédures est diffusé et utilisé	+	+
Total	3/3 (100%)	3/3(100%)
Score	1	1

Critère 1.g : Le dialogue social et l'implication du personnel sont instaurés au sein de l'établissement

Tableau 9: résultats critères 1.g

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée	+	+
Les décisions issues des concertations sont efficacement mises en œuvre	+	+
Les enquêtes de satisfaction du personnel sont réalisées tous les douze mois et les résultats communiqués	+	+
Les actions d'amélioration issues des enquêtes sont mises en œuvre	+	+
Total	4/4 (100%)	4/4 (100%)
Score	1	1

Critère 1.h : Le patient et son entourage ont une place primordiale au sein de l'établissement

Tableau 10: résultats critère 1.h (le patient et son entourage ont une place primordiale au sein de l'établissement)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Le Guide du Patient est disponible dans chaque service	-	-
Le personnel est informé et formé au contenu du Guide du Patient	-	-
Un système d'écoute client (gestion des plaintes, orientation client) est mis en place	+	+
La volonté du patient et de son entourage, dans les soins, l'hôtellerie et les questions d'éthique, est respectée	+	+
La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	+	+
La représentation des usagers et des acteurs associatifs au sein de l'établissement est organisée	-	-
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé	+	+
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins	-	-
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activités ou d'établissement	-	-
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré	+	+
Total	5/10(50%)	5/10(40%)
Score	0,5	0,5

Critère 1.i : Les représentants des usagers et les associations sont impliqués dans la réalisation des objectifs de l'établissement

Tableau 11: résultats critère 1.i (les représentants des usagers et les associations sont impliqués dans la réalisation des objectifs de l'établissement)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
La liste des associations des usagers, des ONG, des confessions religieuses de l'aire géographique est établie	-	+
Des réunions de concertation régulières sont planifiées et tenues	-	+
Les résultats sont communiqués et exploités pour l'amélioration de la qualité des services	-	+
Total	0/3(0%)	3/3(33%)
Score	0	1

Critère 1.j: Le pilotage de l'établissement est réalisé sur la base d'un tableau de bord préalablement défini

Tableau 12: résultats critère 1.j (le pilotage de l'établissement est réalisé sur la base d'un tableau de bord préalablement défini)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Le tableau de bord est défini	+	+
Les indicateurs sont définis	+	+
Les indicateurs sont mesurés et analysés	+	+
Les résultats sont exploités pour la conduite du projet d'établissement	+	+
Une stratégie de communication au personnel des résultats obtenus est mise en place et documentée	+	+
Les tableaux de bord sont examinés au sein de la direction de l'établissement et des secteurs d'activité	+	+
La stratégie de l'établissement est revue en fonction des résultats du suivi/évaluation	+	+
Total	7/7(100%)	7/7(100%)
Score	1	1

Référence 2 : LE LEADERSHIP MIS EN PLACE FACILITE L'ATTEINTE DU BUT COMMUN

Critère 2.a: Le personnel adhère à la vision du leader

Tableau 13: résultats critère 2.a (le personnel adhère à la vision du leader)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Le leader a défini une vision	+	+
La vision est connue du personnel	+	+
Le personnel partage la vision du chef	+	+
Total	3/3(100%)	3/3(100%)
Score	1	1

Critère 2.b: Une communication efficace est mise en place

Tableau 14: résultats critère 2.b (une communication efficace est mise en place)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les moyens de communication interne sont définis	+	+
Les moyens de communication interne définis sont connus par le personnel	+	+
Les moyens de communication internes sont fonctionnels (tableaux d'affichage, cahier de transmission, intranet, corporate, téléphonie mobile, …)	+	+
Les actions correctives issues de l'analyse de l'efficacité des moyens de communication sont mises en place	+	+
Total	4/4(100%)	4/4(100%)
Score	1	1

Critère 2.c: Le leader accorde de l'attention et de l'importance à ses collaborateurs

Tableau 15: résultats critère 2.c (Le leader accorde de l'attention et de l'importance à ses collaborateurs)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Le chef confie des tâches aux collaborateurs	+	+
Le chef aide ses collaborateurs à s'améliorer	+	+
Le chef concerte les collaborateurs dans ses prises de décision	+	+
Le personnel se sent engagé dans la mise en œuvre des décisions prises	+	+
Total	4/4 (100%)	4/4 (100%)
Score	1	1

Critère 2.d : Le leader reconnaît les mérites des collaborateurs

Tableau 16: résultats critère 2.d (le leader reconnaît les mérites des collaborateurs)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Le chef encourage les initiatives individuelles du personnel	+	+
Le chef incite le collaborateur à mieux réussir ses tâches	+	+
Le chef motive le travail bien fait (lettre de félicitation, formations, avantages divers, …)	+	+
Le chef fait la promotion des agents compétents	+	+
Total	4/4 (100%)	4/4 (100%)
Score	1	1

3.2.1.2 RÉFÉRENTIEL 2 : LA STRATÉGIE DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Le référentiel 2 est celui qui traite de la stratégie de l'établissement hospitalier

Il comporte 2 références principales. Pour ces deux références le CHU-MEL se situe dans la zone bleue, de même que le CNHU PPC. Ils réalisent également le même score.

Tableau 17: résultats référentiel 2 (la stratégie de l'etablissement hospitalier)

Références du référentiel	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Référence3	2/2	2/2
Référence4	4/5	4/5
Total	6/7	6/7
Score	86%	86%
Appréciation	Zone verte (excellent)	Zone verte (excellent)

Ci-dessous les différents détails

RÉFÉRENCE 3 : UN MANAGEMENT STRATÉGIQUE EFFICACE EST DEVELOPPÉ

Critère 3.a: Les valeurs, les missions de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre

Tableau 18: résultats critère 3.a

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les valeurs et les missions de l'établissement sont définies et communiquées au public (clients) et aux professionnels	+	+
Les valeurs et les missions de l'établissement sont contenues dans les orientations stratégiques	+	+
Total	2/2(100%)	2/2(100%)
Score	1	1

Critère 3.b : Les stratégies de l'établissement sont identifiées, respectée s et mises en œuvre

Tableau 19: résultats critère 3.b (les stratégies de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
L'établissement dispose d'un Plan stratégique de développement /PEH (Projet d'Établissement Hospitalier) qui englobe les orientations stratégiques	+	+
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les différents acteurs et ont pris en compte les besoins de la population cible	+	+
Les orientations stratégiques sont déclinées en différents programmes/sous programmes et/ou projets/sous-projets (qualité et sécurité des soins, gestion des risques, ressources humaines, système d'information, communication, etc.)	+	+
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique	+	+
Total	4/4 (100%)	4/4 (100%)
Score	1	1

RÉFÉRENCE 4: LE MANAGEMENT OPÉRATIONNEL MIS EN PLACE EST PERFORMANT A TOUS LES NIVEAUX

Critère 4.a : La place et le rôle des professionnels sont connus et respectés.

Tableau 20: résultats critère 4.a (la place et le rôle des professionnels sont connus et respectés)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les postes et les profils sont définis à l'avance	+	+
Les postes et les profils sont respectés tels que définis	+	+

Un organigramme fonctionnel est établi et mis en œuvre dans chaque service	+	+
L'efficacité des postes et les profils mis en œuvre est évaluée	+	+
Les actions d'amélioration sont mises en œuvre	+	+
Total	5/5	5/5
Score	1	1

Critère 4.b : Les responsables des secteurs d'activités indiquent les objectifs à atteindre

Tableau 21: résultats critère 4.b (les responsables des secteurs d'activités indiquent les objectifs à atteindre)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les responsables ont défini les objectifs de leur secteur d'activités en cohérence avec les orientations stratégiques (PEH) de l'hôpital et/ ou des objectifs qualités des soins et services à offrir	+	+
Les collaborateurs des secteurs d'activités ont participé à la définition des objectifs définis (ou les connaissent)	+	+
Chaque secteur a défini ses indicateurs de performance	+	+
Total	3/3	3/3
Score	1	1

Critère 4.c: Les responsables des secteurs participent activement aux activités d'amélioration de la qualité

Tableau 22: résultats critère 4.c (les responsables des secteurs participent activement aux activités d'amélioration de la qualité)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
La réalisation des objectifs/ la mise en œuvre des activités des secteurs d'activité est évaluée à	+	+

périodicité définie (mensuelle/trimestrielle/semestrielle/annuelle)		
Les actions d'amélioration identifiées sont mises en œuvre et évalués (cf. exemples réels)	+	+
L'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est analysée	+	+
Total	3/3	3/3
Score	1	1

Critère 4.d : Les responsables des secteurs d'activité évaluent la pertinence de leurs actes

Tableau 23:résultats critère 4.d (Les responsables des secteurs d'activité évaluent la pertinence de leurs actes)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
La pertinence des motifs d'hospitalisation est évaluée	+	+
La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	+	+
La pertinence des examens de laboratoire est évaluée	+	+
La pertinence des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	+	+
Un mode de concertation (cadre d'échange) entre les professionnels est mis en place dans chaque secteur d'activités en vue de favoriser l'expression et la recherche de solutions aux différents problèmes posés	+	+
Total	5/5	5/5
Score	1	1

Critère 4.e : Une fonction « gestion des risques » est mise en œuvre dans l'établissement

Tableau 24: résultats critère 4.e (une fonction « gestion des risques » est mise en œuvre dans l'établissement)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les risques potentiels sont identifiés à tous les niveaux ;	-	-
Les professionnels sont formés à la prévention et la prise en charge des risques identifiés	+	+
La mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge est évaluée	-	-
Total	1/3(33%)	1/3(33%)
Score	0	0

3.2.1.3 RÉFÉRENTIEL 3 : LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH)

Le référentiel 3 est celui qui traite du système d'information hospitalier (SIH)

Il comporte 1 seule référence. Le CNHU PPC réalise un mauvais score. Le CNHU-PPC ne dispose pas de SIH et réalise une mauvaise performance. Le CHU-MEL s'en sort un peu mieux, en se situant dans la zone orange.

Tableau 25: résultats référentiel 3 (le système d'information hospitalier (SIH))

Références du référentiel	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Référence 5	1,5/3	0/3
Total	1,5/3	0/3
Score	50%	0%
Appréciation	Zone orange	Zone rouge

Ci-dessous les différents détails

RÉFÉRENCE 5: LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER EST FONCTIONNEL, FIABLE ET SECURISÉ

Critère 5.a : Le système d'information hospitalier (SIH) est fonctionnel

Tableau 26: résultats critère 5.a (le système d'information hospitalier (SIH) est fonctionnel)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Le personnel est formé à l'outil informatique et à l'usage du SIH	+	-
Les moyens matériels adéquats sont mis en place pour un SIH performant (matériel informatique, serveur, énergie électrique/solaire, climatiseurs, locaux, etc…)	+	-
Un réseau intranet est fonctionnel dans l'hôpital et couvre tous les bâtiments	+	-
Une connexion internet est disponible dans l'hôpital et couvre tout le réseau intranet	+	-
Le logiciel de gestion des données statistiques est installé et fonctionnel	-	-
Le recueil des données est organisé dans tous les secteurs de l'établissement	-	-
Total	4/6(66%)	0/6(0%)
Score	0,5	0

Critère 5.b : Le système d'information hospitalier (SIH) est fiable

Tableau 27: résultats critère 5.b (le système d'information hospitalier (SIH) est fiable)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Les données sont recueillies, traitées et mises à la disposition des professionnels en temps réel ;	-	-
Les données recueillies sont régulièrement partagées et analysées (interopérabilité) ;	+	-

Les informations recueillies ne sont ni altérées, ni perdues, ni redondantes ;	+	-
Les données recueillies sont utilisées par les professionnels pour la prise de décisions ;	+	-
Le patient est identifié sans ambiguïté ;	+	-
La nomenclature des actes médicaux (CIM 10) est utilisée ;	+	-
Le contrôle qualité (des données et du SIH) est mis en place et fait l'objet d'actions d'amélioration ;	+	-
L'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est évaluée.	-	-
Total	6/8(75%)	0/8(0%)
Score	1	0

Critère 5.c : Le système d'information hospitalier (SIH) est sécurisé

Tableau 28: résultats critère 5.c (Le système d'information hospitalier (SIH) est sécurisé)

Sous critères	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC (H2)
Une politique d'identification du patient est définie ;	+	-
Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre ;	+	-
Une procédure de sécurisation des données est établie et respectée ;	+	-
Un responsable du SIH est nommé et accomplit ses tâches ;	+	-
Un dispositif est mis en place pour la continuité des activités en cas de panne du système d'information (supports manuels, etc.)	+	-
Les postes de travail sont sécurisés (infrastructures sécurisées contre vols, incendies, intempéries, etc. …)	-	-

La confidentialité des données vis-à-vis des prestataires est assurée par la sécurisation de l'accès physique et mot de passe	+	-
Une sauvegarde est faite régulièrement et stockée à distance (système "backup")	+	-
Le dispositif de sécurité du SIH est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration	-	-
L'efficacité des actions d'amélioration est évaluée	-	-
TOTAL	7/10(70%)	0/10(0%)
Score	1	0

SCORE GLOBAL

Des différents scores précédents le CHU MEL s'en sort mieux que le CNHU PPC avec un score de 83% contre 81%. Cependant il est satisfaisant de noter que les deux réalisent un bon score et donc une excellente performance administrative comme résumé dans le tableau.

Tableau 29: résultats global du domaine1 (le management de l'établissement)

	CHU-MEL (H1)	CNHU-PPC(H2)
Réferentiel1	12,5/14	13,5/14
Réferentiel2	6/7	6/7
Réferentiel3	1,5/3	0/3
Total	20/24	19,5/24
Score d'accréditation (domaine1)	83%	81%
Appréciation	Zone Verte	Zone Verte

3.2.2 Évaluation avec l'outil

3.2.2.1 Évaluation CHU-MEL

Tableau 30: Tableau récapitulatif de l'évaluation du CHU-MEL avec l'outil[28]

Structures	Identifiants	Mail
Hôpital	Nom: Chu-mel - Autorisations: undefined - Numéro: undefined	
Agent (Evaluation externe)	Nom: AGBOTON Fréjuste - Fonction: Doctorant	agbofrejuste@gmail.com
Rubriques	**Valeur**	**Observations**
Note générale	20/24 (83%)	
Domaine 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	20/24 (83%)	Excellent
Référentiel 1: L'ORGANISATION ET LES MODALITÉS DE PILOTAGE INTERNE	12,5/14 (89%)	Excellent
Référence 1: UNE GOUVERNANCE EFFICACE EST MISE EN PLACE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER	8,5/10 (85%)	Excellent
Critère 1.a: Les textes législatifs et réglementaires relatifs aux établissements hospitaliers sont disponibles, connus et utilisés	1	Bon
- Les textes régissant l'organisation, le fonctionnement et la gestion, sont disponibles au sein de l'établissement	Oui	Bon
- Les textes sont diffusés dans les différents services.	Oui	Bon
- Les textes sont réellement utilisés.	Oui	Bon
Critère 1.b: Les rôles des différents acteurs sont définis	1	Bon
- L'organigramme fonctionnel de l'établissement est disponible et connu	Oui	Bon
- L'organigramme de chaque service est connu et affiché.	Oui	Bon
- Les descriptions de poste sont établies, disponibles et respectés par chaque agent.	Oui	Bon
- Les descriptions des postes sont régulièrement évaluées chaque année et actualisées	Oui	Bon
Critère 1.c: Le Fonctionnement régulier des organes de décision est assuré au sein de l'établissement	1	Bon
- Les organes de décision sont mis en place et fonctionnent conformément aux statuts (Conseil de Gestion, Conseil d'Administration...,)	Oui	Bon
- Les ordres du jour et les comptes rendus des réunions sont communiqués aux membres	Oui	Bon

- Le fonctionnement des organes de décision est évalué chaque année (CA, CG …)	Oui	Bon
Critère 1.d: Le fonctionnement régulier des organes de gestion est assuré au sein de l'établissement	1	Bon
- Les organes de gestion sont mis en place et fonctionnels conformément aux statuts	Oui	Bon
- Le fonctionnement des organes de gestion est évalué chaque année (Cf.CMC ou CME, CODIR, …)	Oui	Bon
- Tous les rapports statutaires sont établis chaque année (rapports d'activités, états financiers)	Oui	Bon
Critère 1.e: La direction et l'encadrement des différents secteurs d'activités sont définis…	1	Bon
- Les circuits de décision et de délégation de pouvoir sont clairement définis	Oui	Bon
- Les secteurs d'activités sont supervisés et encadrés par les responsables hiérarchiques	Oui	Bon
- Les rapports des activités des secteurs et services, sont régulièrement faits et transmis à la hiérarchie	Oui	Bon
- Les réunions au sein des services sont régulièrement tenues, les décisions d'amélioration sont mises en œuvre	Oui	Bon
- Les réunions interservices sont tenues et les comptes rendus sont envoyés à la hiérarchie.	Oui	Bon
Critère 1.f: Le manuel de procédures de gestion est disponible, diffusé et utilisé	1	Bon
- Le manuel de procédures de gestion administrative, matérielle, financière et comptable est disponible.	Oui	Bon
- Le personnel est formé à l'utilisation du manuel de procédure.	Oui	Bon
- Le manuel de procédures est diffusé et utilisé.	Oui	Bon
Critère 1.g: Le dialogue social et l'implication du personnel sont instaurés au sein de l'établissement	1	Bon
- La concertation avec les partenaires sociaux est organisée	Oui	Bon
- Les décisions issues des concertations sont efficacement mises en œuvre	Oui	Bon
- Les enquêtes de satisfaction du personnel sont réalisées tous les douze mois et les résultats communiqués	Oui	Bon
- Les actions d'amélioration issues des enquêtes sont mises en œuvre.	Oui	Bon

Critère 1.h: Le patient et son entourage ont une place primordiale au sein de l'établissement	0,5	Moyen
- Le Guide du Patient est disponible dans chaque service	Non	Mauvais
- Le personnel est informé et formé au contenu du Guide du Patient	Non	Mauvais
- Un système d'écoute client (gestion des plaintes, orientation client) est mis en place	Oui	Bon
- La volonté du patient et de son entourage, dans les soins, l'hôtellerie et les questions d'éthique, est respectée	Oui	Bon
- La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients (cf. liste des besoins explicites et implicites)	Oui	Bon
- La représentation des usagers et des acteurs associatifs au sein de l'établissement est organisée	Non	Mauvais
- Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé	Oui	Bon
- Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins	Non	Mauvais
- Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activités ou d'établissement.	Non	Mauvais
- Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré	Oui	Bon
Critère 1.i: Les représentants des usagers et les associations sont impliqués dans la réalisation des objectifs de l'établissement	0	Mauvais
- La liste des associations des usagers, des ONG, des confessions religieuses de l'aire géographique est établie	Non	Mauvais
- Des réunions de concertation régulières sont planifiées et tenues	Non	Mauvais
- Les résultats sont communiqués et exploités pour l'amélioration de la qualité des services	Non	Mauvais
Critère 1.j: Le pilotage de l'établissement est réalisé sur la base d'un tableau de bord préalablement défini	1	Bon
- Le tableau de bord est défini	Oui	Bon
- Les indicateurs sont définis	Oui	Bon
- Les indicateurs sont mesurés et analysés	Oui	Bon
- Les résultats sont exploités pour la conduite du projet d'établissement	Oui	Bon
- Une stratégie de communication au personnel des résultats obtenus est mise en place et documentée	Oui	Bon

- Les tableaux de bord sont examinés au sein de la direction de l'établissement et des secteurs d'activité	Oui	Bon
- La stratégie de l'établissement est revue en fonction des résultats du suivi/évaluation	Oui	Bon
Référence 2: LE LEADERSHIP MIS EN PLACE FACILITE L'ATTEINTE DU BUT COMMUN	4/4 (100%)	Excellent
Critère 2.a: Le personnel adhère à la vision du leader	1	Bon
- Le leader a défini une vision	Oui	Bon
- La vision est connue du personnel	Oui	Bon
- Le personnel partage la vision du chef	Oui	Bon
Critère 2.b: Une communication efficace est mise en place	1	Bon
- Les moyens de communication interne sont définis	Oui	Bon
- Les moyens de communication interne définis sont connus par le personnel	Oui	Bon
- Les moyens de communication internes sont fonctionnels (tableaux d'affichage, cahier de transmission, intranet, corporate, téléphonie mobile,)	Oui	Bon
- Les actions correctives issues de l'analyse de l'efficacité des moyens de communication sont mises en place	Oui	Bon
Critère 2.c: Le leader accorde de l'attention et de l'importance à ses collaborateurs	1	Bon
- Le chef confie des tâches aux collaborateurs	Oui	Bon
- Le chef aide ses collaborateurs à s'améliorer	Oui	Bon
- Le chef concerte les collaborateurs dans ses prises de décision	Oui	Bon
- Le personnel se sent engagé dans la mise en œuvre des décisions prises	Oui	Bon
Critère 2.d: Le leader reconnaît les mérites des collaborateurs	1	Bon
- Le chef encourage les initiatives individuelles du personnel	Oui	Bon
- Le chef incite le collaborateur à mieux réussir ses tâches	Oui	Bon
- Le chef motive le travail bien fait (lettre de félicitation, formations, avantages divers, …)	Oui	Bon
- Le chef fait la promotion des agents compétents	Oui	Bon
Référentiel 2: LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER	6/7 (85%)	Excellent
Référence 3: UN MANAGEMENT STRATEGIQUE EFFICACE EST DEVELOPPE	2/2 (100%)	Excellent

Critère 3.a: Les valeurs, les missions de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre	1	Bon
- Les valeurs et les missions de l'établissement sont définies et communiquées au public (clients) et aux professionnels	Oui	Bon
- Les valeurs et les missions de l'établissement sont contenues dans les orientations stratégiques	Oui	Bon
Critère 3.b: Les stratégies de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre	1	Bon
- L'établissement dispose d'un Plan stratégique de développement /PEH (Projet d'Etablissement Hospitalier) qui englobe les orientations stratégiques	Oui	Bon
- Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les différents acteurs et ont pris en compte les besoins de la population cible	Oui	Bon
- Les orientations stratégiques sont déclinées en différents programmes/sous-programmes et/ou projets/sous-projets	Oui	Bon
- La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'observation d'un suivi et d'une révision périodique	Oui	Bon
Référence 4: LE MANAGEMENT OPERATIONNEL MIS EN PLACE EST PERFORMANT A TOUS LES NIVEAUX	4/5 (80%)	Excellent
Critère 4.a: La place et le rôle des professionnels sont connus et respectés	1	Bon
- Les postes et les profils sont définis à l'avance	Oui	Bon
- Les postes et les profils sont respectés tels que définis	Oui	Bon
- Un organigramme fonctionnel est établi et mis en œuvre dans chaque service	Oui	Bon
- L'efficacité des postes et les profils mis en œuvre est évaluée	Oui	Bon
- Les actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Bon
Critère 4.b: Les responsables des secteurs d'activités indiquent les objectifs à atteindre	1	Bon
- Les responsables ont défini les objectifs de leur secteur d'activités en cohérence avec les orientations stratégiques (PEH) de l'hôpital et/ ou des objectifs qualité des soins et services à offrir	Oui	Bon

- Les collaborateurs des secteurs d'activités ont participé à la définition des objectifs définis (ou les connaissent)	Oui	Bon
- Chaque secteur a défini ses indicateurs de performance	Oui	Bon
Critère 4.c: Les responsables des secteurs participent activement aux activités d'amélioration de la qualité	1	Bon
- La réalisation des objectifs/ la mise en œuvre des activités des secteurs d'activité est évaluée à périodicité définie (mensuelle/trimestrielle/semestrielle/annuelle)	Oui	Bon
- Les actions d'amélioration identifiées sont mises en œuvre et évalués (cf. exemples réels)	Oui	Bon
- L'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est analysée	Oui	Bon
Critère 4.d: Les responsables des secteurs d'activité évaluent la pertinence de leurs actes	1	Bon
- La pertinence des motifs d'hospitalisation est évaluée	Oui	Bon
- La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	Oui	Bon
- La pertinence des examens de laboratoire est évaluée	Oui	Bon
- La pertinence des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	Oui	Bon
- Un mode de concertation (cadre d'échange) entre les professionnels est mis en place dans chaque secteur d'activités en vue de favoriser l'expression et la recherche de solutions aux différents problèmes posés	Oui	Bon
Critère 4.e: Une fonction « gestion des risques » est mise en œuvre dans l'établissement	0	Mauvais
- Les risques potentiels sont identifiés à tous les niveaux	Non	Mauvais
- Les professionnels sont formés à la prévention et la prise en charge des risques identifiés	Oui	Bon
- La mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge est évaluée	Non	Mauvais
Référentiel 3: LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH)	1,5/3 (50%)	Insuffisant
Référence 5: LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER EST FONCTIONNEL, FIABLE ET SECURISÉ	1,5/3 (50%)	Insuffisant
Critère 5.a: Le système d'information hospitalier (SIH) est fonctionnel	0,5	Moyen

- Le personnel est formé à l'outil informatique et à l'usage du SIH	Oui	Bon
- Les moyens matériels adéquats sont mis en place pour un SIH performant (matériel informatique, serveur, énergie électrique/solaire, climatiseurs, locaux, etc…)	Oui	Bon
- Un réseau intranet est fonctionnel dans l'hôpital et couvre tous les bâtiments	Oui	Bon
- Une connexion internet est disponible dans l'hôpital et couvre tout le réseau intranet	Oui	Bon
- Le logiciel de gestion des données statistiques est installé et fonctionnel	Non	Mauvais
- Le recueil des données est organisé dans tous les secteurs de l'établissement	Non	Mauvais
Critère 5.b: Le système d'information hospitalier (SIH) est fiable	0,5	Moyen
- Les données sont recueillies, traitées et mises à la disposition des professionnels en temps réel	Non	Mauvais
- Les données recueillies sont régulièrement partagées et analysées (interopérabilité)	Oui	Bon
- Les informations recueillies ne sont ni altérées, ni perdues, ni redondantes	Oui	Bon
- Les données recueillies sont utilisées par les professionnels pour la prise de décisions	Oui	Bon
- Le patient est identifié sans ambiguïté	Oui	Bon
- La nomenclature des actes médicaux (CIM 10) est utilisée	Oui	Bon
- Le contrôle qualité (des données et du SIH) est mis en place et fait l'observation d'actions d'amélioration	Oui	Bon
- L'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est évaluée	Non	Mauvais
Critère 5.c: Le système d'information hospitalier (SIH) est sécurisé	0,5	Moyen
- Une politique d'identification du patient est définie	Oui	Bon
- Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre	Oui	Bon
- Une procédure de sécurisation des données est établie et respectée	Oui	Bon
- Un responsable du SIH est nommé et accomplit ses tâches	Oui	Bon
- Un dispositif est mis en place pour la continuité des activités en cas de panne du système d'information (supports manuels, etc.)	Oui	Bon

- Les postes de travail sont sécurisés (infrastructures sécurisées contre vols, incendies, intempéries, etc. …)	Non	Mauvais
- La confidentialité des données vis-à-vis des prestataires est assurée par la sécurisation de l'accès physique et mot de passe	Oui	Bon
- Une sauvegarde est faite régulièrement et stockée à distance (système "backup")	Oui	Bon
- Le dispositif de sécurité du SIH est évalué et fait l'observation d'actions d'amélioration	Non	Mauvais
- L'efficacité des actions d'amélioration est évaluée	Non	Mauvais

3.2.2.2 Evaluation CNHU-PPC

Tableau 31:Tableau récapitulatif de l'évaluation du CNHU-PPC avec l'outil[28]

Résultats de l'évaluation	www.accredhospi-benin.com	
Structures	**Identifiants**	**Mail**
Hôpital	Nom: Cnhu-ppc - Autorisations: undefined - Numéro: undefined	
Agent (Evaluation externe)	Nom: AGBOTON Fréjuste - Fonction: Doctorant	agbofrejuste@gmail.com
Rubriques	**Valeur**	**Observations**
Note générale	19,5/24 (81%)	
Domaine 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	19,5/24 (81%)	Excellent
Référentiel 1: L'ORGANISATION ET LES MODALITÉS DE PILOTAGE INTERNE	13,5/14 (96%)	Excellent
Référence 1: UNE GOUVERNANCE EFFICACE EST MISE EN PLACE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER	9,5/10 (95%)	Excellent
Critère 1.a: Les textes législatifs et réglementaires relatifs aux établissements hospitaliers sont disponibles, connus et utilisés	1	Bon
- Les textes régissant l'organisation, le fonctionnement et la gestion, sont disponibles au sein de l'établissement	Oui	Bon
- Les textes sont diffusés dans les différents services.	Oui	Bon
- Les textes sont réellement utilisés.	Oui	Bon
Critère 1.b: Les rôles des différents acteurs sont définis	1	Bon
- L'organigramme fonctionnel de l'établissement est disponible et connu	Oui	Bon
- L'organigramme de chaque service est connu et affiché.	Oui	Bon
- Les descriptions de poste sont établies, disponibles et respectés par chaque agent.	Oui	Bon
- Les descriptions des postes sont régulièrement évaluées chaque année et actualisées	Oui	Bon
Critère 1.c: Le Fonctionnement régulier des organes de décision est assuré au sein de l'établissement	1	Bon
- Les organes de décision sont mis en place et fonctionnent conformément aux statuts (Conseil de Gestion, Conseil d'Administration...,)	Oui	Bon
- Les ordres du jour et les comptes rendus des réunions sont communiqués aux membres	Oui	Bon

- Le fonctionnement des organes de décision est évalué chaque année (CA, CG …)	Oui	Bon
Critère 1.d: Le fonctionnement régulier des organes de gestion est assuré au sein de l'établissement	1	Bon
- Les organes de gestion sont mis en place et fonctionnent ls conformément aux statuts	Oui	Bon
- Le fonctionnement des organes de gestion est évalué chaque année (Cf.CMC ou CME, CODIR, …)	Oui	Bon
- Tous les rapports statutaires sont établis chaque année (rapports d'activités, états financiers)	Oui	Bon
Critère 1.e: La direction et l'encadrement des différents secteurs d'activités sont définis…	1	Bon
- Les circuits de décision et de délégation de pouvoir sont clairement définis	Oui	Bon
- Les secteurs d'activités sont supervisés et encadrés par les responsables hiérarchiques	Oui	Bon
- Les rapports des activités des secteurs et services, sont régulièrement faits et transmis à la hiérarchie	Oui	Bon
- Les réunions au sein des services sont régulièrement tenues, les décisions d'amélioration sont mises en œuvre	Oui	Bon
- Les réunions interservices sont tenues et les comptes rendus sont envoyés à la hiérarchie.	Oui	Bon
Critère 1.f: Le manuel de procédures de gestion est disponible, diffusé et utilisé	1	Bon
- Le manuel de procédures de gestion administrative, matérielle, financière et comptable est disponible.	Oui	Bon
- Le personnel est formé à l'utilisation du manuel de procédure.	Oui	Bon
- Le manuel de procédures est diffusé et utilisé.	Oui	Bon
Critère 1.g: Le dialogue social et l'implication du personnel sont instaurés au sein de l'établissement	1	Bon
- La concertation avec les partenaires sociaux est organisée	Oui	Bon
- Les décisions issues des concertations sont efficacement mises en œuvre	Oui	Bon
- Les enquêtes de satisfaction du personnel sont réalisées tous les douze mois et les résultats communiqués	Oui	Bon
- Les actions d'amélioration issues des enquêtes sont mises en œuvre.	Oui	Bon

Critère 1.h: Le patient et son entourage ont une place primordiale au sein de l'établissement	0,5	Moyen
- Le Guide du Patient est disponible dans chaque service	Non	Mauvais
- Le personnel est informé et formé au contenu du Guide du Patient	Non	Mauvais
- Un système d'écoute client (gestion des plaintes, orientation client) est mis en place	Oui	Bon
- La volonté du patient et de son entourage, dans les soins, l'hôtellerie et les questions d'éthique, est respectée	Oui	Bon
- La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients (cf. liste des besoins explicites et implicites)	Oui	Bon
- La représentation des usagers et des acteurs associatifs au sein de l'établissement est organisée	Non	Mauvais
- Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé	Oui	Bon
- Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins	Non	Mauvais
- Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activités ou d'établissement.	Non	Mauvais
- Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré	Oui	Bon
Critère 1.i: Les représentants des usagers et les associations sont impliqués dans la réalisation des objectifs de l'établissement	1	Bon
- La liste des associations des usagers, des ONG, des confessions religieuses de l'aire géographique est établie	Oui	Bon
- Des réunions de concertation régulières sont planifiées et tenues	Oui	Bon
- Les résultats sont communiqués et exploités pour l'amélioration de la qualité des services	Oui	Bon
Critère 1.j: Le pilotage de l'établissement est réalisé sur la base d'un tableau de bord préalablement défini	1	Bon
- Le tableau de bord est défini	Oui	Bon
- Les indicateurs sont définis	Oui	Bon
- Les indicateurs sont mesurés et analysés	Oui	Bon
- Les résultats sont exploités pour la conduite du projet d'établissement	Oui	Bon
- Une stratégie de communication au personnel des résultats obtenus est mise en place et documentée	Oui	Bon

- Les tableaux de bord sont examinés au sein de la direction de l'établissement et des secteurs d'activité	Oui	Bon
- La stratégie de l'établissement est revue en fonction des résultats du suivi/évaluation	Oui	Bon
Référence 2: LE LEADERSHIP MIS EN PLACE FACILITE L'ATTEINTE DU BUT COMMUN	4/4 (100%)	Excellent
Critère 2.a: Le personnel adhère à la vision du leader	1	Bon
- Le leader a défini une vision	Oui	Bon
- La vision est connue du personnel	Oui	Bon
- Le personnel partage la vision du chef	Oui	Bon
Critère 2.b: Une communication efficace est mise en place	1	Bon
- Les moyens de communication interne sont définis	Oui	Bon
- Les moyens de communication interne définis sont connus par le personnel	Oui	Bon
- Les moyens de communication internes sont fonctionnels (tableaux d'affichage, cahier de transmission, intranet, corporate, téléphonie mobile,)	Oui	Bon
- Les actions correctives issues de l'analyse de l'efficacité des moyens de communication sont mises en place	Oui	Bon
Critère 2.c: Le leader accorde de l'attention et de l'importance à ses collaborateurs	1	Bon
- Le chef confie des tâches aux collaborateurs	Oui	Bon
- Le chef aide ses collaborateurs à s'améliorer	Oui	Bon
- Le chef concerte les collaborateurs dans ses prises de décision	Oui	Bon
- Le personnel se sent engagé dans la mise en œuvre des décisions prises	Oui	Bon
Critère 2.d: Le leader reconnaît les mérites des collaborateurs	1	Bon
- Le chef encourage les initiatives individuelles du personnel	Oui	Bon
- Le chef incite le collaborateur à mieux réussir ses tâches	Oui	Bon
- Le chef motive le travail bien fait (lettre de félicitation, formations, avantages divers, …)	Oui	Bon
- Le chef fait la promotion des agents compétents	Oui	Bon
Référentiel 2: LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER	6/7 (85%)	Excellent
Référence 3: UN MANAGEMENT STRATEGIQUE EFFICACE EST DEVELOPPE	2/2 (100%)	Excellent

Critère 3.a: Les valeurs, les missions de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre	1	Bon
- Les valeurs et les missions de l'établissement sont définies et communiquées au public (clients) et aux professionnels	Oui	Bon
- Les valeurs et les missions de l'établissement sont contenues dans les orientations stratégiques	Oui	Bon
Critère 3.b: Les stratégies de l'établissement sont identifiées, respectées et mises en œuvre	1	Bon
- L'établissement dispose d'un Plan stratégique de développement /PEH (Projet d'Etablissement Hospitalier) qui englobe les orientations stratégiques	Oui	Bon
- Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les différents acteurs et ont pris en compte les besoins de la population cible	Oui	Bon
- Les orientations stratégiques sont déclinées en différents programmes/sous-programmes et/ou projets/sous-projets	Oui	Bon
- La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'observation d'un suivi et d'une révision périodique	Oui	Bon
Référence 4: LE MANAGEMENT OPÉRATIONNEL MIS EN PLACE EST PERFORMANT A TOUS LES NIVEAUX	4/5 (80%)	Excellent
Critère 4.a: La place et le rôle des professionnels sont connus et respectés	1	Bon
- Les postes et les profils sont définis à l'avance	Oui	Bon
- Les postes et les profils sont respectés tels que définis	Oui	Bon
- Un organigramme fonctionnel est établi et mis en œuvre dans chaque service	Oui	Bon
- L'efficacité des postes et les profils mis en œuvre est évaluée	Oui	Bon
- Les actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Bon
Critère 4.b: Les responsables des secteurs d'activités indiquent les objectifs à atteindre	1	Bon
- Les responsables ont défini les objectifs de leur secteur d'activités en cohérence avec les orientations stratégiques (PEH) de l'hôpital et/ ou des objectifs qualité des soins et services à offrir	Oui	Bon

- Les collaborateurs des secteurs d'activités ont participé à la définition des objectifs définis (ou les connaissent)	Oui	Bon
- Chaque secteur a défini ses indicateurs de performance	Oui	Bon
Critère 4.c: Les responsables des secteurs participent activement aux activités d'amélioration de la qualité	1	Bon
- La réalisation des objectifs/ la mise en œuvre des activités des secteurs d'activité est évaluée à périodicité définie (mensuelle/trimestrielle/semestrielle/annuelle)	Oui	Bon
- Les actions d'amélioration identifiées sont mises en œuvre et évalués (cf. exemples réels)	Oui	Bon
- L'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est analysée	Oui	Bon
Critère 4.d: Les responsables des secteurs d'activité évaluent la pertinence de leurs actes	1	Bon
- La pertinence des motifs d'hospitalisation est évaluée	Oui	Bon
- La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	Oui	Bon
- La pertinence des examens de laboratoire est évaluée	Oui	Bon
- La pertinence des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	Oui	Bon
- Un mode de concertation (cadre d'échange) entre les professionnels est mis en place dans chaque secteur d'activités en vue de favoriser l'expression et la recherche de solutions aux différents problèmes posés	Oui	Bon
Critère 4.e: Une fonction « gestion des risques » est mise en œuvre dans l'établissement	0	Mauvais
- Les risques potentiels sont identifiés à tous les niveaux	Non	Mauvais
- Les professionnels sont formés à la prévention et la prise en charge des risques identifiés	Oui	Bon
- La mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge est évaluée	Non	Mauvais
Référentiel 3: LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH)	0/3 (0%)	Très insuffisant
Référence 5: LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER EST FONCTIONNEL, FIABLE ET SECURISÉ	0/3 (0%)	Très insuffisant
Critère 5.a: Le système d'information hospitalier (SIH) est fonctionnel	0	Mauvais

- Le personnel est formé à l'outil informatique et à l'usage du SIH	Non	Mauvais
- Les moyens matériels adéquats sont mis en place pour un SIH performant (matériel informatique, serveur, énergie électrique/solaire, climatiseurs, locaux, etc…)	Non	Mauvais
- Un réseau intranet est fonctionnel dans l'hôpital et couvre tous les bâtiments	Non	Mauvais
- Une connexion internet est disponible dans l'hôpital et couvre tout le réseau intranet	Non	Mauvais
- Le logiciel de gestion des données statistiques est installé et fonctionnel	Non	Mauvais
- Le recueil des données est organisé dans tous les secteurs de l'établissement	Non	Mauvais
Critère 5.b: Le système d'information hospitalier (SIH) est fiable	0	Mauvais
- Les données sont recueillies, traitées et mises à la disposition des professionnels en temps réel	Non	Mauvais
- Les données recueillies sont régulièrement partagées et analysées (interopérabilité)	Non	Mauvais
- Les informations recueillies ne sont ni altérées, ni perdues, ni redondantes	Non	Mauvais
- Les données recueillies sont utilisées par les professionnels pour la prise de décisions	Non	Mauvais
- Le patient est identifié sans ambiguïté	Non	Mauvais
- La nomenclature des actes médicaux (CIM 10) est utilisée	Non	Mauvais
- Le contrôle qualité (des données et du SIH) est mis en place et fait l'observation d'actions d'amélioration	Non	Mauvais
- L'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est évaluée	Non	Mauvais
Critère 5.c: Le système d'information hospitalier (SIH) est sécurisé	0	Mauvais
- Une politique d'identification du patient est définie	Non	Mauvais
- Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre	Non	Mauvais
- Une procédure de sécurisation des données est établie et respectée	Non	Mauvais
- Un responsable du SIH est nommé et accomplit ses tâches	Non	Mauvais
- Un dispositif est mis en place pour la continuité des activités en cas de panne du système d'information (supports manuels, etc.)	Non	Mauvais

- Les postes de travail sont sécurisés (infrastructures sécurisées contre vols, incendies, intempéries, etc. …)	Non	Mauvais
- La confidentialité des données vis-à-vis des prestataires est assurée par la sécurisation de l'accès physique et mot de passe	Non	Mauvais
- Une sauvegarde est faite régulièrement et stockée à distance (système "backup")	Non	Mauvais
- Le dispositif de sécurité du SIH est évalué et fait l'observation d'actions d'amélioration	Non	Mauvais
- L'efficacité des actions d'amélioration est évaluée	Non	Mauvais

3.2.3 Résultat du test

L'outil a permis d'avoir le score des deux hôpitaux, il est donc fonctionnel. En outre les résultats obtenus sont les mêmes avec et sans l'outil. L'outil est donc fonctionnel et valide.

DISCUSSION

Notre discussion s'articulera autour de trois axes principaux.

- ❖ Impact du processus d'accréditation sur la qualité des soins
- ❖ Les résultats de l'élaboration
- ❖ Les résultats du test

4.1.1 Impact d'un processus d'accréditation sur la qualité de soins

S'engager dans un processus d'accréditation peut se révéler bénéfique sur beaucoup de plans pour les structures sanitaires. C'est ce que rapportent plusieurs études réalisées sur le sujet.

En 2015 au Maroc, Mohssine et al, ont publié un travail portant sur l'impact organisationnel de la préparation à l'accréditation en établissement de santé [29]. Leur étude était basée sur des données quantitatives et qualitatives recueillies en utilisant des questionnaires adressés aux professionnels, des focus groupes, la revue documentaire et l'observation directe. D'après leur résultat, pour les transformations organisationnelles, 67,9% des répondants sont d'accord que les recommandations ont apporté des changements dans leurs services. Ces mêmes recommandations ont constitué d'importants agents de changements dans leur organisme (66,7 %), avec acquisition de plus de ressources (51,9 %) et une meilleure utilisation de ces ressources (55,6 %), la plupart de ces changements se sont opérés au cours de la phase d'autoévaluation. Ainsi d'après eux : « *Le changement dû au programme d'accréditation était bien perceptible lors de la phase d'autoévaluation », et « l'accréditation a apporté des changements au niveau organisationnel, elle a même permis d'appliquer le règlement intérieur que personne à l'époque ne se donnait la peine pour son application ».*

Leurs conclusions vont dans le même sens que celles de Marie-Pascale Pomey et al dans leur étude intitulée : Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations (HCO) [30]. Pour ces derniers le contexte dans lequel l'accréditation a eu lieu, y compris le contexte organisationnel, a influencé le type de dynamique

de changement qui s'est produite dans les HCO. En outre, si l'accréditation elle-même n'était pas nécessairement l'élément qui a initié le changement, le processus d'accréditation était un outil très efficace pour (i) accélérer l'intégration et stimuler un esprit de coopération dans les HCO nouvellement fusionnés; (ii) aider à mettre en place des programmes d'amélioration continue de la qualité dans les organisations nouvellement accréditées ou non encore accréditées; (iii) créer un nouveau leadership pour les initiatives d'amélioration de la qualité; (iv) accroître le capital social en donnant au personnel la possibilité de développer des relations; et (v) favoriser les liens entre les organisations de soins de santé et les autres parties prenantes. On comprend aisément l'intérêt pour toutes structures sanitaires, de s'engager dans un processus d'accréditation et pour amorcer un vrai changement structurel susceptible d'améliorer aussi bien son fonctionnement son leadership et la qualité de ses prestations.

Si intuitivement on peut penser que le processus d'accréditation et ses avantages ne concernent que les grands hôpitaux, l'avantage du processus d'accréditation s'étend à tous les hôpitaux quelles que soient leurs fonctions ou taille. El-Jardali et al, ont ainsi travaillé sur l'impact de l'accréditation des centres de soins santé primaire en 2014 au Liban un sujet intitulé : The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon [31]. D'après ces auteurs, pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, l'accréditation est une première étape importante vers l'amélioration de la qualité du système de disposition de la prestation des SSP. S'il est nécessaire d'étendre la mise en œuvre de l'accréditation à tous les centres de soins de santé primaire au Liban, il faudrait envisager de le renforcer également.

L'accréditation serait donc bénéfique pour toutes les structures sanitaires quelle que soit leur taille, pour une bonne qualité des soins administrés. Cette amélioration nécessiterait cependant trois mécanismes selon Desvaux et al. Les auteurs ont en effet travaillé en 2017 sur le thème : Understanding the impact of

accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach[32]. L'objectif était d'explorer comment les organisations réagissent et interagissent avec le processus d'accréditation et les mécanismes actuels et potentiels par lesquels l'accréditation peut influencer la qualité.

D'après leur résultat, le processus d'accréditation est largement considéré comme un processus d'assurance qualité, qui alimente les activités d'amélioration de la qualité si les commentaires correspondent aux priorités de l'organisation. Ainsi toujours pour eux le processus d'accréditation a le potentiel d'influencer la qualité grâce à une série de trois mécanismes : cohérence, adhésion organisationnelle et action collective d'amélioration de la qualité.

C'est notamment pour aider nos structures sanitaires à rentrer dans le processus d'accréditation afin d'améliorer leur qualité à tous les niveaux que nous avons travaillé sur cette thèse notamment en utilisant les ressources de l'e-santé pour créer un outil pouvant les aider à accéder aux référentiels et s'engager dans le processus d'accréditation.

4.2 Discussion des résultats de l'élaboration de l'outil

4.2.1 Atteinte des objectifs

Au vu de tous les bénéfices qu'un processus d'accréditation apporte à une structure qui s'y engage, l'un des objectifs de notre thèse était d'élaborer un outil numérique basé sur les référentiels du manuel d'accréditation hospitalière du Bénin afin de faciliter ce processus. Nous avons atteint ces objectifs en créant cet outil suivant le premier domaine puis nous l'avons testé en évaluant le CHU-MEL et le CNHU-PPC. Les résultats obtenus étaient conformes aux résultats obtenus en utilisant directement le manuel ce qui témoigne de la fiabilité et de la fonctionnalité de notre outil.

4.2.2 Intérêt de l'outil

L'outil informatique ainsi créé a plusieurs avantages. Il permet une accessibilité rapide aux référentiels, mais également des évaluations plus commodes, plus sûres, plus rapides et moins coûteuses. En effet la plateforme est plus commode en ce sens qu'elle évite à son utilisateur d'avoir à trainer une multitude de fiches physiques. Elle est plus sûre parce qu'elle élimine le risque de perte des données par perte de fiches. Les données collectées directement en ligne, peuvent également être analysées sans passer par une nouvelle phase intermédiaire de saisie des données sur un logiciel statistique à partir des fiches ; cela évite les risques d'erreur qui sont fréquents dans ce genre de situation. Elle présente l'avantage d'être plus rapide car le calcul se fait de manière automatique directement par l'application web et moins coûteuse. Sa fiabilité et la possibilité d'importer les résultats en font aussi une alternative plus avantageuse à une évaluation manuelle.

4.2.3 Insuffisances de l'application

Notre travail est une étude préliminaire qui s'est limitée uniquement au premier domaine du manuel d'accréditation portant sur le management de l'établissement. Pour la détermination globale de la qualité d'un hôpital, il faut également tenir compte des deux autres domaines du manuel qui portent sur la prise en charge du patient et la gestion des ressources transversales. Il faut noter aussi que l'utilisation de l'application nécessite une connexion internet ce qui représente une contrainte non négligeable.

De plus l'affichage sur un écran de taille inférieure à 10 pouces n'est pas optimal, il faudrait alors disposer d'une tablette ou d'un ordinateur de taille supérieur à 10 pouces pour avoir une expérience satisfaisante.

L'application ne permet également que d'effectuer une évaluation instantanée et ne permet pas encore des comparaisons entre plusieurs hôpitaux ou entre plusieurs évaluations d'un même hôpital. Elle ne permet pas non plus une

sauvegarde en ligne et un historique des évaluations effectuées. Il est possible de revenir continuer une évaluation en cours tant qu'on n'a pas effacé le cache de son navigateur ou de télécharger les résultats pour effectuer une sauvegarde locale. Une autre insuffisance à noter est que, dans sa forme actuelle, l'application ne prodigue pas des conseils en fonction des résultats de l'analyse.

4.2.4 Perspectives d'amélioration

Notre étude nous a permis de réaliser l'application pour le premier domaine, le test a été concluant et tous les objectifs atteints. Cependant au vu des insuffisances de l'application suscitées ; il faudra :

- ❖ améliorer l'ergonomie de l'application,
- ❖ rendre l'application responsive,
- ❖ encoder le domaine 2 et le domaine 3 afin de codifier tout le manuel,
- ❖ créer un système d'authentification et de suivi de l'utilisation de l'application par un utilisateur connecté,
- ❖ permettre l'utilisation de l'application hors ligne,
- ❖ permettre la sauvegarde des évaluations effectuées,
- ❖ permettre la comparaison entre plusieurs hôpitaux ou entre plusieurs évaluations d'un même hôpital,
- ❖ améliorer la page des résultats afin de la rendre plus conviviale,
- ❖ donner des conseils en fonction des résultats obtenus,
- ❖ permettre l'export dans plusieurs formats (pdf),
- ❖ constituer une équipe de professionnels plus large afin de suivre les modifications et les mises à jour de la plateforme.

4.3 Discussion des résultats de l'évaluation des hôpitaux et du test de l'outil

La discussion des résultats de notre étude s'articulera autour des trois (03) axes suivants :

- ❖ l'atteinte des objectifs de l'étude ;

- le jugement sur la qualité et la validité des résultats ;
- la discussion des résultats.

4.3.1 Atteinte des objectifs de l'étude

La plupart des objectifs visés dans cette étude ont été atteints. En effet, nous avons pu codifier le domaine1 du manuel d'accréditation hospitalière et mettre en place une plateforme numérique basée sur le manuel d'accréditations. Cette plateforme nous a permis de faire une collecte numérique de données ainsi que le traitement mais pourra également servir à toute structure de santé voulant évaluer sa performance.

Nous avons donc ainsi été en mesure de recueillir les données sur les deux centres choisis, en l'occurrence le CHU-MEL et le CNHU-PPC que nous avons analysées avec et sans la plateforme afin d'obtenir leur résultat. Nous avons pu voir qu'au terme de l'étude, il ressort que ces deux centres réalisent un excellent score et sont dans la zone verte.

4.3.2 Qualité et validité des résultats

4.3.2.1 Type d'étude et méthode d'échantillonnage

Nous avons réalisé une étude transversale évaluative, il s'agit du type d'étude adapté à notre thème. Notre évaluation a concerné l'ensemble des deux hôpitaux. En raison du caractère évaluatif du travail, pour les entretiens, nous nous sommes limités à un effectif de 5 personnes par catégorie et par hôpital. Le choix de ces personnes a été fait par commodité et par choix raisonné. L'objectif étant surtout de tester l'outil.

4.3.2.2 Technique et outils de collecte des données

Les informations ont été collectées sur la base du manuel d'accréditation. Nous avons créé un outil pour permettre une collecte sûre et plus commode des données ainsi qu'un traitement rapide.

Nous avons personnellement administré le questionnaire aux enquêtés, consulté les documents officiels et renseigné l'application ce qui a permis de leur expliquer correctement les questions, d'éviter les mauvais remplissages et donc les pertes d'informations. Nous avons profité pour leur expliquer le fonctionnement de l'application et à la fin une rétro information leur a été faite sur les résultats de notre évaluation.

4.3.2.3 Biais

4.3.2.3.1 Biais de sélection

Notre but étant surtout de vérifier la fonctionnalité et la validité de notre outil, nous avons effectué un échantillonnage par commodité pour nos entretiens. Ceci pourrait conduire à des biais de sélections.

4.3.2.3.2 Biais d'information

Ils étaient minimes car nous demandions aux enquêtés la langue (entre le fon et le français) dans laquelle ils souhaitaient qu'on fasse l'entretien. Les questions sur certains thèmes sensibles peuvent conduire les enquêtés à répondre sciemment de manière erronée selon le poste qu'ils occupent dans la structure, entrainant de ce fait, des biais de prévarication.

4.3.3 Résultats

4.3.3.1 Bilan général

Au terme de notre étude les deux hôpitaux réalisent un excellent score de 83% et de 81% respectivement pour le CHUMEL et le CNHUPPC. Ce qui les situe dans la zone verte selon le manuel d'accréditation (80%-100%). Ces scores sont largement supérieurs à ceux obtenus en 2013 par Yolaine Glèlè Ahanhanzo et al,[33] (35% pour la qualité des prestations), lors de l'évaluation la performance d'un hôpital de zone sanitaire au Benin : L'hôpital de zone de Comè. Ceci peut s'expliquer par le fait que les hôpitaux évalués dans notre étude ne l'ont été que

sur le plan du management. Aussi il s'agit de CHU qui ont donc une obligation de rendre compte à l'autorité de tutelle mais également une obligation d'excellence vu leur rôle central dans la formation des personnels de santé. Ils bénéficient de ce fait d'une gestion rigoureuse et ceci d'autant plus lorsqu'il s'agit de CHU aux thématiques sensibles (mère-enfant, pneumologie).

On note également une note du CHU-MEL presque égale à celle du CNHU PPC, ceci concorde avec les résultats des 100 premiers processus d'accréditation en France [34] qui ne retrouvait aucune différence significative concernant les décisions des organismes d'accréditation selon le statut et la taille des hôpitaux. On pourrait l'expliquer par le caractère partiel de notre évaluation ainsi que par le choix des hôpitaux qui sont tous les deux des CHU.

Le SIH représente la principale faiblesse des deux hôpitaux. En effet les deux hôpitaux ont réalisé un score peu satisfaisant quant au SIH (1,5 / 3 pour le CNHU-MEL et 0/3 pour le CNHUPPC). Nous pourrons l'expliquer par le fait que notre pays bien qu'engagé sur la voie des réformes dans le numérique n'est pas encore un pays développé sur ce plan. D'après nos résultats un mauvais SIH diminue donc la performance d'un hôpital et par ricochet, un bon SIH participe donc à l'amélioration de sa performance. C'est la même conclusion retenue par Saidanin et al [35] en 2018 dans leur travail intitulé Système d'information hospitalier et la performance hospitalière : des liens étroits Cas du CHU de mohamed Lamine Debaghine à Alger. En effet pour eux, le SIH a pour objet d'extraire un flux d'informations pertinentes, provenant des sources internes de l'hôpital, et destiner à servir de base aux décisions aux différentes structures de l'établissement en question. Il constitue l'interface entre les différents services et la direction pour assurer une liaison entre eux, en transmettant toute information en temps réel. D'après leurs résultats, l'utilité du système d'information se retrouve dans la collecte et la diffusion des informations nécessaires pour prendre des décisions appropriées aux différents problèmes de gestion des différents services et il existe un impact de SIH sur la performance managériale du centre

hospitalier universitaire. Ils recommandent ainsi aux responsables d'établissements de donner plus d'importance au SIH, développer le concept au sein de l'hôpital et d'organiser des formations et des séances de sensibilisations pour faire cohabiter le SIH avec les méthodes de gestion d'établissement.

CONCLUSION

L'accréditation d'un hôpital est un élément fondamental d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Il s'agit d'un processus qui devrait obtenir l'adhésion de tous les hôpitaux et de tout le personnel de ces hôpitaux afin d'améliorer efficacement la qualité des soins. La présente recherche-action visait à vérifier la perspective de la mise en œuvre d'un outil qui aiderait efficacement les hôpitaux dans ce processus d'accréditation et à tester cet outil en évaluant deux hôpitaux sur le plan administratif. Elle nous a permis de mettre en place cet outil pour le domaine 1 du manuel d'accréditation et d'évaluer deux CHU : le CHU-MEL et le CNHU-PPC. Notre outil s'est révélé fonctionnel et valide. Au terme de notre test les deux hôpitaux ont réalisé de bonnes performances administratives hormis une insuffisance du Système d'Information Hospitalier (SIH). Cependant certains biais de l'évaluation pourraient entrainer un écart entre le score réel et celui qui a été mesuré. Une meilleure appropriation du manuel et une nette amélioration du Système d'Information Hospitalier (SIH) aiderait ces hôpitaux à améliorer leur score et faire toujours un grand pas dans le processus. La plateforme créée dans le cadre de cette étude permettra une auto évaluation constante et ainsi une amélioration continue de la qualité de soins, une fois que les autres domaines auront été intégrés.

SUGGESTIONS ET PERSPECTIVES

À l'issue de notre étude nous formuleront ces quelques recommandations.

❖ **Pour le CHU-MEL**

- assurer la représentation des usagers et des acteurs associatifs au sein de l'établissement et les associer à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins ;
- mettre la gestion des risques de tout type au premier plan ;
- renforcer le système d'information hospitalière et procéder à l'évaluation de l'efficacité des actions correctives.

❖ **Pour le CNHU-PPC :**

- donner une place centrale au patient et son entourage au sein de l'établissement ;
- acquérir un système d'information hospitalier de qualité et l'utiliser ;
- rendre accessible le guide du patient dans tous les services.

❖ **Pour toutes les structures sanitaires du Bénin :**

- s'approprier le manuel d'accréditation et s'assurer de l'adhésion de toute l'équipe ;
- procéder à une autoévaluation régulière ;
- s'engager dans le processus d'accréditation.

❖ **Pour les autorités :**

- vulgariser le manuel d'accréditation hospitalière au Bénin
- encourager les hôpitaux à s'engager dans le processus d'accréditation ;
- encourager le développement de l'e-santé au Bénin notamment en accordant des bourses de spécialisations dans le domaine ;
- œuvrer pour l'intégration des deux autres domaines dans la plateforme créée pour qu'elle serve à l'évaluation complète des hôpitaux,
- mettre l'outil à disposition des hôpitaux.

Au regard de ces résultats, d'autres études pourraient être entreprises pour :

- ❖ évaluer les CHU en utilisant tout le manuel d'accréditation,
- ❖ évaluer l'outil créé,
- ❖ améliorer l'outil,

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé du Bénin. Résumé. In: Plan national de développement sanitaire 2018-2022. 2018. 82p.

2. Durieux P. Évaluation des soins et assurance qualité à l'hôpital. Actual Doss En Santé Publique. déc 1996; 13 (17):13.

3. La qualité des soins et la sécurité des patients : quelques notions et concepts de base. Rev sante pub. Artic 7; 89-93.

4. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe. RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep. 2016 *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20(1), 45-67. DOI : 10.3917/rimhe.020.0045.

5. Direction Nationale des Hôpitaux du Bénin. Introduction. In: Manuel d'accréditation des hôpitaux au Bénin. Cotonou; 2017. p. 7.

6. Direction Nationale des Hôpitaux du Bénin. Généralités : Présentation du Manuel. In: Manuel d'accréditation hospitalière au Bénin. Bénin; 2017. p. 8.

7. **Garwood P**. L'OMS publie les premières lignes directrices sur les interventions de santé numérique [Internet]. 2019 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions

8. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. Etude et resultats. janv 2020;(1139)2:2.

9. Fondation de l'avenir. Quest ce que l'e-sante [Internet]. fondation de l'avenir.org. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: https://www.fondationdelavenir.org/e-sante-definition/

10. Apotis3.Définition d'un système d'information hospitalière [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: http://apotis3.free.fr/lectures/apo/siteEtudiants/qcmDossierPatient/SIH.html

11. Caducee. Le dossier médical informatisé [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: https://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/dmi.asp#

12. L'internaute. Téleconsultation [Internet]. linternaute.fr.[cité 18 mai 2020] Disponible sur: https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/teleconsultation/

13. Ameli. La téléexpertise [Internet]. Ameli.fr. [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise

14. Hagerservices. E-santé : les avantages de la télésurveillance médicale [Internet]. Hagerservices.fr. Disponible sur: https://www.hagerservices.fr/le-mag/daaf/la-telesurveillance-au-service-de-la-sante#:~:text=La%20t%C3%A9l%C3%A9surveillance%20m%C3%A9dicale%20a%20pour,d'un%20ou%20plusieurs%20patients.

15. Alerte-France. La téléassistance : c'est quoi ? [Internet]. Disponible sur: https://www.alerte-france.com/p-la-teleassistance-definition.html.

16. Darmoni A. Critères de qualité de l'information de santé sur l'Internet [Internet]. 2003. Consortium UMVF - Faculté de médecine - Rouen Disponible sur: http://lertim.timone.univ-mrs.fr/Ecoles/infoSante/2003/supports_ppt/darmoni.pdf.

17. Gilbert R, Jeanmougin P, Hamouda A, Bercherie J, Suarez JS,, Baruch D. Outil d'aide à la décision clinique.larevuedupracticien.oct 2014. 2014;28(927);637-41.

18. Haute Autorité de la Santé de la France. Evaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé [Internet]. 2007. Disponible sur:https://www.has- 78 sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf.

19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Outils d'intervention en éducation pour la santé, critères de qualité: référentiel de bonnes pratiques. INPES; 2015.

20. Bainbridge WS,. Encyclopedia of Human-computer Interaction, vol. 2,. Berkshire Publishing Group LLC; 1994.

21. Or Z,Com-Ruelle L. La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? J Déconomie Médicale . 2008;26:371-85.

22. Nourdine Z, Yakoubi O. Perception de la qualité des soins au sein des établissements publics de santé en Algérie cas CHU de Tizi-Ouzou; 2017.

23. Sambuc R,Gentile S. Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles. mars 2005;7.

24. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé deuxième procédure d'accréditation [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/manuel__v2__2004_2006_09_14__13_07_9_4.pdf.

25. L'accréditation ANAES pour un établissement de santé. [Internet]. qualité online. Disponible sur: http://www.qualiteonline.com/dossier-11-l-accreditation-anaes-pour-un-etablissement-de-sante.html.

26. Journal des femmes.CHU - Centre hospitalier universitaire - Définition [Internet]. Disponible sur: https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/17626-chu-centre-hospitalier-universitaire-definition.

27. Yayi B. Decret n°2012-300 du 28 aout 2012. août 28, 2012.

28. Agboton F. logiciel Accredhospi-Benin, [Internet]. Disponible sur: https://accredhospi.netlify.app/.

29. Mohssine N,Raji I,Lanteigne G, Amalik A,Chaouch A. Impact organisationnel de la préparation à l'accréditation en établissement de santé au Maroc. *Santé Publique*, vol. 27(4), 503-513. DOI : 10.3917/spub.154.0503.

30. Pomey MP,Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos AP. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. Implementation Science : IS 5 ; 2010 : 31 - 31; 2010.

31. El-Jardali F, Hemadeh R, Jaafar M, Sagherian L, El-Skaff R, Mdeihly R, Jamal D, Ataya N. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. BMC Health Serv Res. 2014 Feb 25;14:86. doi: 10.1186/1472-6963-14-86. PMID: 24568632; PMCID: PMC3946059.

32. Desveaux L, Mitchell JI, Shaw J, Ivers NM. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. Int J Qual Health Care. 2017 Nov 1;29(7):941-947. doi: 10.1093/intqhc/mzx136. PMID: 29045664.

33. Ahanhanzo YG,Soutongonoma L,Ouédraogo L,Saizonou. Performance d'un hôpital de zone sanitaire au Benin : un exemple de modèle d'évaluation. Pan African Medical Journal. 2014;18:63. doi: 10.11604/pamj.2014.18.63.3465.

34. Daucourt V, Michel P. Results of the first 100 accreditation procedures in France. Int J Qual Health Care. 2003 Dec;15(6):463-71. doi: 10.1093/intqhc/mzg071. PMID: 14660529.

35. Saidanin A, Taleb S. Système d'information hospitalier et la performance hospitalière : des liens étroits Cas du CHU de mohamed Lamine Debaghine. [Algérie]; 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche du CNHU-PPC



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

01 BP 882 - COTONOU
Tél. : +229 21 33 21 78 / 21 33 21 63
Adresse mail : sante.info@gouv.bj
Site web : www.sante.gouv.bj

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DE COTONOU

Cotonou, le 11 SEPT 2020

N° 1195 /20/CNHU-PP/C/SAAE/SA

AUTORISATION DE RECHERCHE

--*-*-*-*-*-*-*-*-*

Je soussigné, Professeur **Dissou AFFOLABI**, Directeur du Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou, autorise **Monsieur Babatoundé Frejuste AGBOTON**, étudiant en 7ème année de médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou à effectuer ses recherches au CNHU-PPC dans le cadre de la préparation de sa thèse de doctorat en médecine ; diplôme d'Etat ayant pour thème **« Perspectives de développement d'un outil informatique d'évaluation de l'accréditation hospitalière : cas de la performance administrative de deux hôpitaux universitaires béninois en 2020 »**.

Ces recherches se dérouleront au cours de la période d'août à octobre 2020.

En foi de quoi, la présente **Autorisation** est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
LE DIRECTEUR

Prof. Dissou AFFOLABI

Annexe 2 : Autorisation de recherche du CHU-MEL



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT-LAGUNE
(CHU - MEL)
****
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
****
SERVICE GESTION PREVISIONNELLE, FORMATION ET EVALUATION
****

01 BP 10
COTONOU
Tél. : +229 21-14-94-38 / 65 19 38
homelag@gmail.com
lalokou@yahoo.fr

0015494-00

N° 2549 /2020/MS/CHU-MEL/DRH/SGPFE/S-DRH/SA Cotonou, le 03 SEP 2020

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Je soussigné **Lambert LOKO TONOUDJI**, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), autorise le nommé **AGBOTON Babatoundé Fréjuste P.**, étudiant en 7ème année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou, à collecter dans ledit centre, des données dans le cadre de sa recherche qui porte sur le thème « **PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL INFORMATIQUE D'ÉVALUATION DE L'ACCRÉDITATION HOSPITALIÈRE : CAS DE LA PERFORMANCE ADMINISTRATIVE DE DEUX HÔPITAUX UNIVERSITAIRES BÉNINOIS EN 2020** ».

En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général

Lambert LOKO TONOUDJI

AMPLIATIONS
Direction des Affaires Médicales : 1
Intéressé : 1
Chrono/Archives : 1

TABLE DES MATIERES

DÉDICACE I
REMERCIEMENTS V
HOMMAGES IX
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS XI
LISTE DES TABLEAUX XIV
LISTE DES FIGURES XVII
SOMMAIRE XIX
INTRODUCTION 1
1 GÉNÉRALITÉS 5
1.1 La e-santé 6
1.1.1 Définition 6
1.1.2 Sous-domaines de l'e-santé 6
1.1.3 Critères de qualité d'un outil informatique de santé 9
1.2 Programmation informatique 10
1.2.1 Algorithme 10
1.2.2 Programme et Logiciel informatique 10
1.2.3 Langage de programmation 10
1.3 Soins de qualités 10
1.3.1 Définition 10
1.3.2 Dimensions de la qualité des soins 11
1.4 La démarche qualité dans le domaine de la santé 13
1.4.1 Définition de la démarche qualité 13
1.4.2 Pourquoi une démarche qualité ? 13
1.4.3 Les objectifs de la démarche qualité 14
1.4.4 Facteurs clés de succès de la qualité 14
1.4.5 Principes essentiels de la démarche qualité 16
1.4.6 Les étapes de la mise en œuvre de la démarche qualité 18

1.5 Évaluation de la qualité des soins 19
1.5.1 La structure 20
1.5.2 Le Processus 20
1.5.3 Résultats 20
1.6 Accréditation 22
1.7 Démarche qualité et accréditation 23
1.8 Le manuel d'accréditation hospitalière du Bénin **Erreur ! Signet non défini.**
1.9 Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) 25
2 CADRE ET MÉTHODES 26
2.1 Cadre d'étude 27
2.1.1 Architecture sanitaire de la ville de Cotonou 27
2.1.2 Le Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou (CNHU-PPC) 28
2.1.3 Le CHU-MEL 31
2.2 Méthode d'étude 34
2.2.1 Nature de l'étude 34
2.2.2 Période d'étude 34
2.2.3 Élaboration de l'outil 34
2.2.4 Test de l'outil 39
3 RÉSULTATS 55
3.1 Résultats de l'élaboration de l'outil 56
3.1.1 Identité visuelle 56
3.1.2 Présentation de l'outil 56
3.2 Résultats de la phase de test 63
3.2.1 Évaluation des hôpitaux sans l'outil 63
3.2.2 Évaluation avec l'outil 80
3.2.3 Résultat du test 95
4 DISCUSSION 96

4.1.1 Impact d'un processus d'accréditation sur la qualité de soins 97
4.2 Discussion des résultats de l'élaboration de l'outil 99
4.2.1 Atteinte des objectifs 99
4.2.2 Intérêt de l'outil 100
4.2.3 Insuffisances de l'application 100
4.2.4 Perspectives d'amélioration 101
4.3 Discussion des résultats de l'évaluation des hôpitaux et du test de l'outil . 101
4.3.1 Atteinte des objectifs de l'étude 102
4.3.2 Qualité et validité des résultats 102
4.3.3 Résultats 103
CONCLUSION 106
SUGGESTIONS ET PERSPECTIVES 108
RÉFÉRENCES 111
ANNEXES ..... A
TABLE DES MATIÈRES ..... D

Résumé

Introduction : Pour garantir une bonne qualité de soins, le management de l'établissement occupe un rôle central.

L'objectif du présent travail est de mesurer la performance du management de deux CHU à l'aide d'un outil informatique conçu pour évaluer l'accréditation hospitalière.

Cadre et méthodes d'étude : Il s'agit d'une recherche-action pour l'élaboration d'un outil informatique de l'accréditation hospitalière basé sur le manuel d'accréditation hospitalière du Bénin. L'étude comporte également une composante qualitative transversale pour le test de fonctionnalité et de validité de l'outil. Ce test s'est déroulé au CHU-MEL et au CNHU-PPC.

Résultat : Au terme de la **première partie** du travail, le doctorant a développé un outil dénommé « Accredhospi-Benin » et qui est disponible sur l'url accredhospi-benin.com. Il s'agit d'une application web développée avec le Framework Réact de JavaScript. AccredHospi-Benin est accessible de n'importe quel type d'appareil électronique disposant d'un navigateur internet. Il permet d'effectuer une évaluation complète du management hospitalier. A la fin de l'évaluation les résultats peuvent être téléchargés au format Excel.

La **deuxième partie** du travail consistait à tester Accredhospi-Benin en évaluant le management du CHU-MEL et du CNHU-PPC. Il en ressort que les deux hôpitaux réalisent un excellent score de 83% et de 81% respectivement. Au terme du test, Accredhospi-Benin fournit un score identique au score mesuré manuellement, preuve de sa fonctionnalité et de sa validité.

Conclusion : L'accréditation d'un hôpital est un élément fondamental d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Nous avons voulu contribuer à faciliter ce processus en créant accredHospiBenin, Un outils numérique basé sur le premier domaine du Manuel d'accréditation hospitalière. Les autres domaines pourront y être ajoutés plus tard dans le cadre d'une extension. Notre outil s'est révélé fonctionnel et valide.

Mots clés : qualité de soins, accréditation, manuel d'accréditation, évaluation, outils numérique, AccredhospiBenin, Benin.

ABSTRACT

Introduction: To guarantee good quality of care, the management of the establishment plays a central role.

The objective of this work is to measure the management performance of two CHUs using a computer tool designed to assess hospital accreditation.

Framework and study methods: This is an action research for the development of a computer tool for hospital accreditation based on the Benin hospital accreditation manual. The study also includes a cross-sectional qualitative component for testing the functionality and validity of the tool. This test took place at CHU-MEL and CNHU-PPC.

Result: At the end of **the first part of the work**, the doctoral student has developed a tool called "Accredhospi-Benin" which is available on the url accredhospi-benin.com. It is a web application developed with the React Framework of JavaScript. AccredHospi-Benin can be accessed from any type of electronic device with a web browser. It allows a complete assessment of hospital management. At the end of the evaluation the results can be downloaded in Excel format.

The second part of the work consisted of testing Accredhospi-Benin by evaluating the management of the CHU-MEL and the CNHU-PPC. It turns out that the two hospitals achieve excellent scores of 83% and 81% respectively. At the end of the test, Accredhospi-Benin provides a score identical to the score measured manually, proof of its functionality and validity.

Conclusion: Hospital accreditation is a fundamental part of a continuous quality improvement process. We wanted to help facilitate this process by creating accredHospiBenin, A digital tool based on the first domain of the Hospital Accreditation Manual. The other domains can be added later as part of an extension. Our tool has proven to be functional and valid.

Keywords: quality of care, accreditation, accreditation manual, assessment, digital tools, AccredhospiBenin, Benin.