

## **INTRODUCTION**

Dans l'environnement actuel des établissements de santé, la comptabilité analytique hospitalière devient de plus en plus importante pour le pilotage des établissements. Les apports de la comptabilité analytique ne sont pas toutefois suffisants et les enjeux nécessitent le développement d'un contrôle de gestion complet, clé du gouvernement des entreprises et de bien d'autres organisations. Le contrôle de gestion à l'hôpital est né du développement des systèmes d'information dans les hôpitaux. Depuis les années 2000, les postes de contrôleur de gestion se sont beaucoup développés.

L'hôpital public constitue un cadre favorable à une réflexion sur les systèmes de contrôle de qui « procède largement du contexte des entreprises employant des acteurs à forte identité professionnelle associant des charges de compétences reconnues et variées et développant des gestions en réseau, ce qui implique coordination, synergies et démarches stratégiques communes » (CAUVIN 1999) .

La principale mission du contrôle de gestion est d'identifier les sources de la création de valeur dans un environnement économique devenu de plus en plus turbulent. Dans les grandes entreprises, la maîtrise de la performance suppose également d'assurer la coordination de l'ensemble des actions en orientant le personnel d'encadrement et d'exécution dans le sens souhaité par les dirigeants. Le contrôle de gestion s'inscrit donc désormais dans une politique de performance et de compétence permettant d'atteindre la réalisation des objectifs stratégiques des Centres Hospitaliers et Universitaires de Zone

Face à des contraintes budgétaires de plus en plus fortes, les centres hospitaliers publics ont besoin de repères chiffrés, mais également d'améliorer la performance et la gestion qualitative dans la production et la réalisation des soins en recentrant leur efforts sur la façon dont l'activité est réalisée, d'identifier les consommations réelles, ainsi que les ressources employées pour chaque unité de production en décomposant l'ensemble des processus de création des coûts. Le Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava(CHUZ-AC/SA) n'échappe pas à ces changements, que ces flux soient sociaux (augmentation de la demande de soins liés aux modes de vie modernes ou difficultés à fidéliser le personnel médical) ou financiers (augmentation des déficits budgétaires liés à l'accroissement de la demande de soins, aux coûts technologiques de la médecine). Il s'agit pour cet hôpital, d'affiner les objectifs poursuivis, de les rendre cohérents avec les attentes des

usagers (les malades). Ce dernier doit pérenniser sa gestion en la rendant rationnelle, efficace et efficiente dans la combinaison de ses ressources.

Le contrôle de gestion en milieu hospitalier est une nécessité car bien que ce dernier ne soit pas fondamentalement à but lucratif, il utilise des ressources étatiques, il se doit donc d'agir avec efficacité et efficience dans l'utilisation de ces ressources. Aujourd'hui, le contrôle de gestion devient une fonction incontournable du CHUZ, quel que soit la taille de ce dernier. Or notre stage sur le CHUZ-AC/SA nous a permis de constater qu'il ne dispose pas d'un contrôle de gestion efficace, d'où la préoccupation de notre recherche qui porte sur « les effets du contrôle de gestion sur la performance hospitalière : cas du CHUZ-AC/SA »

Nous comptons aborder ce sujet pour une bonne visibilité de ce centre aux yeux de ses patients ou non. Pour une meilleure visibilité notre étude est restituée en trois chapitres que voici :

- Le premier est consacré au cadre contextuel de la recherche ;
- Le second s'intéresse au cadre théorique et méthodologique de l'étude ;
- Le troisième enfin est la présentation et l'analyse des résultats obtenus.

---

**CHAPITRE I**

**CADRE CONTEXTUEL DE LA RECHERCHE**

---

Dans le présent chapitre, nous présentons le CHUZ-AC/SA. Dans un premier temps, nous abordons son historique, ses objectifs, ses missions et sa structure organisationnelle avant de présenter dans un second temps ces activités et services

## **Section 1 : Présentation du Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava**

### **Paragraphe 1 : Historique, objectifs, missions et structure organisationnelle**

#### **I- Historique**

Conformément à l'arrêté ministériel n° 2225/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 mars 2000 créant la Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi-Sô-Ava, le Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi est un établissement hospitalier public. Il est Créé par décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des Hôpitaux de Zone. Il est construit en 2000 et est mis en service le 18 Août 2003 après son inauguration le 12 Mai de la même année. Sa construction a été financée par le Projet Santé et Population (PSP) à travers le financement de la Banque Mondiale (crédit IDA 2734-BEN). L'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est érigé en CHUZ-AC/SA selon le décret N°2014-529 du 25 Août 2014 portant érection de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava en CHUZ-AC/SA. Érigé sur un domaine de sept (6,77) hectares, il dessert les populations des communes d'Abomey-Calavi et de Sô-Ava qui constituent selon le découpage du Ministère de la Santé une Zone Sanitaire. Cette Zone Sanitaire est caractérisée par la présence des localités lacustres et les inondations périodiques entraînant des épidémies cycliques de maladies diarrhéiques.

#### **II- Situation géographique-objectifs-missions**

##### **A- Situation géographique**

La structure qui nous a servis de cadre d'étude s'appelle « Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ». Il est implanté dans la commune d'Abomey-Calavi (Département de l'Atlantique), dans le quartier Zoca non loin du Tribunal de Première Instance (TPI) et plus précisément à environ un kilomètre et demi de la route inter-état II Cotonou-Niamey. La Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava dessert une population de plus de 200 000 habitants avec une superficie de 868 Km<sup>2</sup>. Elle est limitée :

- au Nord par la commune de Zê (Zone Sanitaire Allada/Zê/Toffo,

- au Sud par le Département du Littoral et l'Océan,
- à l'Est par quatre (4) communes du Département de l'Ouémé (Porto-Novo ; Aguégués ; Dangbo et Adjohoun).
- à l'Ouest par la commune de Ouidah et Tori-Bossito (Zone sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito).

### **B-Objectifs**

Les objectifs fixés par le CHUZ-AC/SA, sont conformes aux grandes orientations définies par le Gouvernement du Bénin.

### **C-Missions**

Les missions du CHUZ-AC/SA découlent de la politique sanitaire de notre pays qui a pour préoccupation de faciliter l'accessibilité géographique des populations aux services de santé, donc aux soins de qualité du plus grand nombre de citoyens. A cet effet, il a pour principales missions :

- d'assurer l'accueil de tout usager admis pour un problème de santé ;
- d'assurer les soins curatifs et préventifs à toute la population de la zone desservie en particulier et à tout autre usager quelle que soit sa provenance ;
- de recevoir les cas référés par les formations sanitaires périphériques de la zone ;
- de créer les conditions favorables de travail au personnel pour en assurer la qualité des soins ;
- de réduire les taux de décès maternels et infantiles, et de promouvoir une vie saine ;
- de développer l'information, l'éducation et la communication sur la santé ;
- de prendre en charge les indigents quelle que soit leur provenance ;
- de lutter contre l'évasion des malades ;
- d'assurer la gratuité du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans
- d'assurer l'éducation sanitaire de base et la santé pour tous sans distinction de race et de religion.

## **Paragraphe 2 : Structure organisationnelle, activités et ressources**

### **I- Structure organisationnelle**

A l'instar de toutes organisations sanitaires, le CHUZ-AC/SA, dispose d'une structure qui fonctionne convenablement. A cet effet, toutes ses activités sont menées avec la mise en place d'un organigramme bien défini (voir Annexe). Ainsi pour aider le Directeur à assurer ses fonctions, la structure organisationnelle du CHUZ-AC/SA, se présente comme suit :

#### **A - Organes de Gestion, de décision et différents Services du CHUZ-AC/SA**

La relation hiérarchique entre les différents services du CHUZ-AC/SA est représentée sur l'organigramme en annexe.

##### **a- Organes de gestion et de décision**

Il s'agit des organes prévues qui ont pour mission de veiller à l'utilisation rationnelle des ressources avec efficacité et efficience, d'initier la politique de développement du centre pour le bien être de la population. Les organes de gestion et de décision du CHUZ-AC/SA sont :

- ❖ le Conseil de Gestion (CG)
- ❖ la Direction de l'Hôpital (DH)
- ❖ le Comité de Direction (CODIR)
- ❖ la Commission Médicale Consultative (CMC)
- ❖ le Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS)

##### **➤ Le Conseil de Gestion**

Le Conseil de Gestion est un organe délibérant du CHUZ-AC/SA et qui fait office de Conseil d'Administration (CA). Au terme des articles 8 et 16 du décret n° 2002-0113 du 12 Mars 2002, le conseil de gestion est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'établissement dans les limites de ses compétences. Il se réunit en session ordinaire deux (2) fois par an. Il est élu en son sein un président dont le mandat est de trois (3) ans renouvelable une fois. Il est l'organe compétent en matière de prise de décision relative à la politique de grandes orientations du secteur et en matière de signature des conventions de création ou de fermeture de telle ou telle unité au sein du centre. Il intervient

dans l'élaboration et l'adoption du budget et définit dans un règlement intérieur les pouvoirs du directeur.

➤ **La Direction du CHUZ-AC/SA**

La Direction est assurée par un directeur responsable du développement du CHUZ-AC/SA dans le cadre des politiques et des programmes définis par le Conseil de Gestion dont les décisions sont respectées. A cet effet, elle élabore chaque année et soumet à l'approbation du Conseil de Gestion au plus tard trois (3) mois avant la fin de l'exercice le programme des activités du CHUZ-AC/SA accompagné d'un chronogramme. Dans l'exécution de ses tâches, le directeur dispose d'un secrétariat et est assisté de collaborateurs ci-après : le Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE), le Chef du Service des Affaires Financières (C/SAF), les Chefs des Services Médicaux Techniques (C/SMT) et l'Infirmier Général (IG). Le Directeur est l'ordonnateur du budget du CHUZ-AC/SA et veille à son exécution tant en dépenses qu'en recettes.

➤ **Le comité de direction**

Le comité de direction est un organe consultatif incontournable. Il est consulté sur les questions touchant à l'élaboration du budget et à la politique générale du centre. Sur convocation de son président, il tient des réunions mensuelles ordinaires et extraordinaires. Il donne son avis sur toutes les affaires que le Directeur du centre lui soumet. Il est composé des membres suivants :

- le Directeur ;
- le Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE) ;
- le Chef du Service des Affaires Financières (C/SAF) ;
- les responsables des Services médicaux- techniques ;
- l'Infirmier Général (IG).

➤ **La Commission Médicale Consultative**

Elle est l'organe qui est consulté sur les principales affaires concernant les activités de santé, la répartition, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et techniques. La CMC est composée des chefs des services médicaux du CHUZ-AC/SA. Elle élit en son

sein un président pour une durée de deux (02) ans renouvelables une seule fois; la composition du bureau de la CMC est prévue par un règlement intérieur. Les avis et observations présentés par la CMC sont consignés dans un compte-rendu signé du président et remis au Directeur pour exploitation et transmis par cette dernière au président du COGES. Elle donne obligatoirement son avis sur l'aménagement et la répartition des services techniques, les grosses réparations, l'achat et la distribution du matériel technique et des médicaments.

➤ **Le Comité d'Hygiène et de Sécurité**

Il s'occupe des questions relatives à l'hygiène des différents services, à la gestion des déchets en milieu hospitalier, à la salubrité, aux régimes alimentaires des malades, ainsi qu'à toutes actions visant à améliorer les conditions de travail au sein du CHUZ-AC/SA. Il se réunit en session ordinaire une fois par trimestre et en session extraordinaire en cas de nécessité. Il est composé de l'Infirmier Général et d'un représentant par services médicaux et techniques.

Leurs assises portent sur :

- **l'hygiène** : l'hygiène des espaces et des individus ;
- **la sécurité** : la sécurité des personnes et de leurs biens, la sécurité alimentaire, celle du patrimoine du centre (les risques d'incendie ou d'inondation, les risques d'accidents de travail).
- **la salubrité** : la gestion des déchets produits en milieu hospitalier.

Tous ces organes de décision et de gestion complètent les actions des services pour le bon fonctionnement du centre et surtout pour l'atteinte des objectifs

**b- Les Services du CHUZ-AC/SA**

Nous distinguerons à ce niveau, les services administratifs et les services médicaux, médico-techniques et l'infirmier général.

**1- Les Services administratifs**

Ils peuvent être répartis en deux grands secteurs que sont : le service des affaires administratives et économiques (SAAE) et le service des affaires financières (SAF).

### **1-1- Le Service des Affaires Administratives et Economique (SAAE)**

Ce service s'occupe de la facturation des créances du centre sur les malades, de la gestion administrative et du personnel, de la tenue de la comptabilité matière, de la gestion des malades et des statistiques, de la maintenance et de l'entretien, de la pharmacie et de la morgue. Il est dirigé par le Chef des Affaires Administratives et Economiques qui est l'ordonnateur délégué du budget. Ce service comporte les huit (8) divisions suivantes :

- la Division Gestion Administration et du Personnel (DGAP) ;
- la Division Facturation (DF) ;
- la Division Engagement et Mandatement (DEM) ;
- la Division Maintenance et Entretien (DME) ;
- la Division Hygiène et Assainissement de Base (DHAB) ;
- la Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS) ;
- la Division Comptabilité et Matière (DCM).

- **La Division Gestion Administrative et du Personnel**

Elle gère la dimension administrative des Ressources Humaines et la carrière du personnel du centre. Son objectif est d'assurer une meilleure motivation du personnel ; une gestion prévisionnelle des ressources humaines à savoir les départs en congés, le recrutement, les autorisations d'absence et autres .Il existe du personnel qualifié au poste de travail, le redéploiement du personnel technique est fait, une bonne ambiance de travail entre collaborateurs d'un même service (atouts). Cette division ne dispose pas assez de personnel pour son fonctionnement correcte, absence de logiciel de gestion des ressources humaines, sa localisation par rapport au bloc administratif ne facilite pas les relations de travail, manque d'objectivité dans la notation pour ce qui est du suivi et de l'évaluation, insuffisance de formation professionnelle continue.

- **La Division Facturation**

Cette division a pour rôle l'élaboration des différentes factures en vue du recouvrement des créances du centre notamment, les factures de prises en charge des fonctionnaires de l'Etat, des Sociétés privées ainsi que les factures des indigents. L'absence

de connexion entre la caisse et cette division ne permet pas d'avoir des renseignements à temps pour l'établissement des factures.

○ **La Division Engagement et Mandatement**

La Division Engagement et Mandatement a pour mission d'engager les dépenses du centre et la mise à jour des dossiers pour transmission au service financier.

Cette division a la responsabilité de :

- Etablir les bons de commande ;
- Enregistrer dans le registre des engagements de dépenses ces bons ;
- Engager les dépenses sur la fiche d'engagement tout en ayant une idée sur le crédit disponible ;
- Certifier et liquider les dossiers ;
- Enregistrer les numéros dans le registre de mandat ;
- Enregistrer les dossiers prêts dans le registre de transmission au C/SAF pour paiement ;
- Affecter au C/SAAE les factures pro forma à engager
- Remplir l'imprimé du procès-verbal après livraison de la commande lancée.

C'est une division chargée de la phase administrative de l'approvisionnement. En effet, pour les dépenses d'approvisionnement supérieures à vingt mille (20000) FCFA, la division peut faire appel à un fournisseur, mais pour les achats de plus de cinq mille (100000) FCFA, la division a pour rôle, sous l'autorisation de son chef de service, de faire une consultation restreinte qui consiste à demander trois factures pro forma de trois fournisseurs différents à raison d'une facture par fournisseur. Ensuite les dossiers des fournisseurs sont traités suivant le meilleur rapport qualité/prix et le choix du moins disant, on procède à une sélection des fournisseurs selon la qualité exigée par les techniciens des services médicaux-techniques.

○ **La Division Maintenance et Entretien**

C'est une division qui est chargée de l'entretien des équipements médicaux techniques et des matériels administratifs. Aussi le responsable de cette division s'occupe de la maintenance du matériel biomédical, électrique, informatique et téléphonique. Nous pouvons

constater que le responsable de cette division s'occupe de la réparation des matériels et équipements en panne.

○ **La Division Hygiène et Assainissement de Base**

Cette division est chargée de :

- Assurer le respect des règles et pratiques d'hygiène ;
- Assurer les contrôles pour une meilleure maîtrise de la pollution des eaux et des pollutions sonores, atmosphériques, industrielle ;
- Mener la lutte anti-vectorielle ;
- Exécuter les programmes de formation et de sensibilisation en matière d'hygiène ;
- Assurer la gestion des déchets biomédicaux en milieu hospitalier ;
- Veiller à la propreté du CHUZ-AC/SA et de ses alentours.

De manière plus pratique, les agents d'hygiène et d'assainissement visitent les salles d'hospitalisation de l'hôpital et vérifient la propreté et l'hygiène des salles. Cette visite se fait rarement et on constate que les WC sont bouchés laissant des odeurs.

○ **La Division Gestion des Malades et Statistique**

Cette division s'occupe de la gestion des malades et de leur statistique, ainsi que les factures concernant la gratuité de la césarienne. Les données statistiques permettent l'élaboration du rapport d'activité de l'année. Ici le constat est qu'il y a aussi manque de personnel, vu le volume des dossiers de césarienne à enregistrer qui ne sont pas acheminés à temps par le service gynécologique car elle est assurée par une seule personne, de plus elle ne dispose pas de téléphone.

○ **La Division Comptabilité Matière**

La division comptabilité matière a pour rôle, l'enregistrement au jour le jour des entrées et des sorties en quantité et en valeur des différents biens qui font l'objet d'un approvisionnement ; procède périodiquement à la valorisation du patrimoine du CHUZ-AC/SA par les inventaires. La division magasin, quant à elle s'occupe de la gestion des stocks des produits approvisionnés. Elle est chargée de réceptionner les fournitures et de les

distribuer aux différents services. On constate une lenteur dans la procédure d'approvisionnement entraînant parfois de rupture, un manque de personnel.

### **1-2-Le Service des Affaires Financières (SAF)**

Le Service des Affaires Financières est dirigé par un chef Service de :

- Tenir le registre de remise de chèque ;
- Assurer la transmission des chèques aux fournisseurs ;
- Procéder à la pré-comptabilisation des pièces des recettes, de dépenses et autres ;
- Faire les imputations comptables;
- Procéder à la passation des écritures comptables dans les livres journaux ;
- Elaborer le budget annuel du centre ;
- Assurer le recouvrement des recettes ;
- Assurer le paiement des dépenses ;
- Exécuter les opérations de banque ;
- Assurer la gestion des registres de recettes ;
- Mettre en place la comptabilité générale et analytique du centre ;
- Elaborer le bilan et le rapport financier ;
- Assurer un bon classement des pièces comptables ;
- Entretenir le matériel du service ;
- Assurer la transmission des chèques à signer au directeur.

Ce service comporte trois divisions à savoir :

- La Division Caisse et Opérations Bancaires (DCOB) ;
- La Division Comptabilité Budget (DCB) ;
- La Division Recouvrement Interne (DRI) ;

-La Division Recouvrement Externe (DRE)

## **2-Les services médicaux, médico-techniques et l’Infirmier Général**

Les services médicaux et médico-techniques sont sous l’autorité d’un chef service sauf l’IG qui est sous le Directeur. Pour mieux assurer ses missions, le CHUZ-AC/SA dispose des services médicaux et médico-techniques ci-après :

### **2-1-Les services médicaux**

Les services médicaux assurent les soins et les différents actes. Ce sont notamment : la médecine, la pédiatrie, la chirurgie, les urgences, le bloc opératoire, la gynéco obstétrique, une unité de laboratoire, une unité de radiologie, la stomatologie, l’oto-rhino-laryngologie, l’ophtalmologie, la kinésithérapie et la cardiologie. A travers les prestations suivantes : les consultations, les hospitalisations et les actes.

### **2-2-Les services médico-techniques**

Dans les services médico-techniques, on ne fait pas les soins mais des explorations diagnostiques et autres. Il s’agit du laboratoire, l’imagerie médicale, la pharmacie et le service social.

### **2-3-L’Infirmier Général (IG)**

Il est chargé sous l’autorité du directeur :

- du suivi des services de soins ;
- du suivi de la bonne exécution des soins prescrits ;
- du suivi des autres personnels soignants et auxiliaires ;
- de la police au sein du centre ;
- de la formation continue du personnel.

## **II-Activités et ressources**

### **A- Activités**

Pour assurer sa mission de base et maintenir sa position du Centre Hospitalier et Universitaire de première référence, le CHUZ-AC/SA mène plusieurs activités. Nous distinguons :

- la cession de médicaments et consommables ;
- les consultations ;
- les hospitalisations ;
- les interventions chirurgicales ;
- les accouchements ;
- les examens de laboratoire ;
- les examens d'imagerie médicale ;
- le planning familial ;
- la vaccination ;
- les actes de la médecine générale ;
- la conservation de corps
- la rééducation fonctionnelle ;
- l'assistance sociale.

### **B-Les ressources du CHUZ-AC/SA**

Les ressources dont dispose le CHUZ-AC/SA sont de trois ordres : financières, humaines et matérielles

#### **1- Les Ressources financières**

Les ressources financières constituent la charnière de gestion de toute organisation. Le CHUZ-AC/SA pour assurer les dépenses de fonctionnement, d'investissement bénéficie des ressources financières sous deux formes ; les ressources internes et les ressources externes.

- **Les ressources internes ou fonds propres**

Les ressources internes du centre qui proviennent des recettes enregistrées pour les prestations de services, des cessions de médicaments et les recettes générées par le service morgue.

- **Les ressources externes**

Proviennent essentiellement :

- Des subventions de l'Etat octroyées sous forme de crédit budgétaire de fonctionnement, d'équipement, d'investissement et de charges salariales,
- Des subventions des partenaires aux développements,
- Les actions caritatives des ONG intervenant dans le secteur de la santé ;
- Les dons et legs.

Il est nécessaire de faire remarquer que la subvention de l'Etat n'est rien d'autre qu'un appui financier se traduisant par la mise en place des crédits délégués.

## **2-Les Ressources humaines**

L'homme occupe une place importante dans le processus de gestion. Il constitue la ressource la plus précieuse, la principale, celle qui valorise toutes les autres. Ainsi, le CHUZ-AC/SA regroupe une diversité de compétence professionnelle.

Les ressources humaines sont composées du personnel médical, paramédical, administratif, d'entretien et de soutien etc.

En Août 2016, l'effectif du personnel s'élève à 311 agents toutes catégories confondues travaillant au CHUZ-AC/SA.(Voir tableau 1 en annexe).

## **3-Les Ressources matérielles**

C'est l'ensemble des infrastructures et équipements dont dispose le CHUZ-AC/SA pour assurer sa mission principale qui est celle de dispenser les soins de qualité aux usagers. Sur le plan des infrastructures, le CHUZ-AC/SA dispose :

- ✓ d'un bloc administratif qui abrite des bureaux insuffisants. D'autres bureaux sont très isolés du bloc administratif ;
- ✓ de six (6) pavillons réservés aux services médicaux et techniques et les bureaux des médecins et autres personnels ;
- ✓ deux (2) abris pour les véhicules

- ✓ un restaurant
- ✓ dix-huit salles d'hospitalisations ;
- ✓ d'un (1) bloc réservé à l'encadrement de la zone sanitaire ;
- ✓ d'une (1) salle de pharmacie;
- ✓ d'une (1) buanderie ;
- ✓ de trois (3) résidences pour médecins dont deux (2) servants d'annexe pour l'administration ;
- ✓ d'un (1) appartement pour les accompagnants ;
- ✓ des douches et toilettes externes pour les malades ;
- ✓ d'un (1) château d'eau actuellement mis en état de fonctionnement ;
- ✓ deux (2) appareils photothérapies
- ✓ cent soixante-seize (176) lits
- ✓ vingt ordinateurs
- ✓ d'une (1) salle de maintenance;
- ✓ d'une (1) morgue de douze (12) casiers insuffisants pour la conservation des corps, ces derniers sont déposés les uns sur les autres;
- ✓ d'un (1) groupe électrogène de relais fonctionnel,
- ✓ d'un incinérateur ;

Le matériel médico-technique varie selon les spécialités et les activités des services. Ces matériels et équipements sont non seulement insuffisants mais aussi régulièrement en panne. Signalons à cet effet que les services dotés de matériels lourds et sensibles sont le bloc opératoire, la radiologie et le laboratoire.

Au niveau de l'ensemble de l'administration, on peut remarquer une insuffisance du système informatique, les bureaux sont aussi exigus et le personnel administratif ne dispose pas de cadre adéquat de travail.

Dans ce CHUZ, les patients s'adressent directement aux agents de la caisse ou à toutes autres personnes qu'ils croisent en vue d'avoir des renseignements par rapport aux formalités à remplir. Cette situation amène certains patients à retrouver difficilement le service malgré la présence des panneaux d'orientation. Ainsi le centre ne dispose pas d'un service d'accueil indispensable pour une gestion centralisée des flux des malades ce qui occasionne des déperditions de recettes ; mais il dispose d'une couverture correcte en électricité même en cas de coupure.

## **Section 2 : Déroulement du stage**

Dans cette section, nous aborderons dans le premier paragraphe les travaux que nous avons effectués, dans le deuxième paragraphe les difficultés rencontrées et suggestions

### **Paragraphe1 : Travaux effectués**

Notre stage s'est déroulé en grande partie au Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) plus précisément à la Division Engagement et Mandatement (DEM) ensuite nous avons passé un séjour au Service des Affaires Financières (SAF) plus précisément à la Division Comptabilité et Budget (DCB) du CHUZ-AC/SA, nous avons pu parcourir d'autres divisions aussi.

#### **❖ Activités réalisées**

##### **○ la Division Comptabilité et Budget (DCB)**

Au début de notre séjour à la DCB, nous avons eu un entretien avec le Chef Division au cours duquel, il nous a expliqué brièvement les activités réalisées par cette division. Au cours de notre stage, nous avons pu acquérir certaines expériences telles que :

- ✓ La rédaction des notes de service ;
- ✓ La gestion des dossiers individuels du personnel ;
- ✓ le dépouillement des prises en charge;
- ✓ La gestion des stocks des matières ;
- ✓ l'enregistrement des opérations effectuées dans les journaux auxiliaires
- ✓ l'enregistrement des recettes journalières dans le logiciel comptable perfecto

○ **La Division Caisse et Opérations Bancaires (la DCOB)**

**Caisse**

A la caisse, nous avons pu :

- ✓ Encaisser le paiement au comptant de la part des patients contre un reçu en deux exemplaires ;
- Récupérer des prises en charge qui sont ensuite transmises à la Division Facturation

○ **Division Recouvrement Interne**

Au niveau de cette division, nous nous sommes intéressés aux différentes sortes de recouvrement. En effet :

- ✓ Au recouvrement interne, nous avons appris à faire le recensement des malades hospitaliers par service de soins. Ce recensement permet de prendre connaissance, de façon quotidienne, des différentes fluctuations existantes au niveau des services de soins ;

○ **Division Recouvrement externe**

Au niveau du recouvrement externe, nous avons réalisé avec le chargé du recouvrement externe le point des recettes des prises en charge réalisées au niveau des différentes structures débitrices.

○ **Division Facturation**

Dans cette division, nous avons :

- Enregistré les différentes prises en charge en fonction du numéro d'ordre, du nom du malade, des soins reçus par le malade et de la structure ayant la responsabilité de supporter les quatre cinquième ou de la totalité du montant des soins effectués par le centre ;
- Classé les différentes prises en charge en fonction des structures d'où proviennent les malades ;
- Elaborer les factures des différentes prises en charge à adresser à chaque structure ;

- Elaboré les reçus des indigents en fonction des soins qu'ils ont reçus ;
- Classé les différents reçus suivant l'ordre des traitements indiqués sur les factures.

Toutefois, notons que les différentes factures réalisées ainsi que les reçus des indigents sont envoyés aux structures concernées par l'intermédiaire de l'agent de recouvrement externe.

- o **Division engagement mandatement**

Dans cette division, nous nous sommes exercés à établir : des bons de commandes; des mandats ; des décisions. De même nous avons appris à enregistrer les mandats dans le registre, à certifier et liquider les factures des différents fournisseurs.

- o **Division magasin**

Au niveau du magasin, nous avons appris la gestion des fiches de stock par rapport aux entrées et aux sorties des articles afin de pouvoir satisfaire les besoins des différents services en fournitures de bureaux et d'entretien et en petits matériels médicaux.

- o **Les services généraux**

Au niveau des services généraux, nous avons essentiellement pris connaissance du fonctionnement du secrétariat

Ainsi notre séjour au secrétariat nous a permis de :

- ✓ Comprendre le traitement des courriers arrivée et départ ;
- ✓ Prendre connaissance des différents actes administratifs et de l'organigramme du centre ;
- ✓ Comprendre les circuits de traitement des courriers au niveau de l'administration.

- o **La Division comptabilité matière (DCM)**

Dans cette division, nous avons procédé à la numérotation des meubles et des matériels medicotechniques.

- o **La Division Gestion Administrative du Personnel**

A la DGAP, nous avons :

- ✓ Classé les demandes de stage et d'emploi par année,

- ✓ Actualisé le fichier du personnel en fonction de la catégorie des employés ;
- ✓ Actualisé la liste des Agent Permanents de l'Etat pour une meilleure gestion des carrières

❖ **Expériences acquises**

Dans l'ensemble, le stage au CHUZ-AC/SA s'est bien déroulé dans ce laps de temps.

**Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et suggestions**

Malgré l'encadrement et la volonté du personnel à nous aider dans le cadre de notre travail, les difficultés n'ont pas manqué. Entre autres difficultés rencontrées, on peut citer :

- ✓ L'exiguïté des bureaux, le manque de sièges et surtout d'espace pour accueillir les stagiaires ;
- ✓ La réticence de certains agents à répondre à notre questionnaire ;
- ✓ Les difficultés de lier la théorie à la pratique ;
- ✓ Et surtout les difficultés financières.

Ces difficultés rencontrées ne nous ont pas empêchés de faire des constats précis par rapport à la problématique de la mise en place du système de contrôle de gestion dans ce centre. Ainsi nous suggérons un système de contrôle de gestion qui consisterait en la production d'informations pertinentes aux autorités de cet hôpital afin qu'ils fixent des objectifs réalistes, élaborent des stratégies cohérentes et les mettent en œuvre de façon efficiente.

---

**CHAPITRE II**

**CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE  
L'ETUDE**

---

Dans ce chapitre, nous allons dans une première section, mettre l'accent sur le cadre théorique de l'étude, puis dans la seconde, expliciter la méthodologie utilisée.

### **Section 1 : cadre théorique de l'étude**

Dans cette section, nous allons exposer la problématique, les objectifs et hypothèses de l'étude et la revue de littérature

#### **Paragraphe 1 : Problématique et intérêt de la recherche**

##### **I-Problématique**

Les hôpitaux sont des organisations complexes qui connaissent à l'heure actuelle de très fortes évolutions comme la jouissance de l'autonomie de gestion. La mise en œuvre des systèmes d'information tenant compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité deviennent de plus en plus importantes dans l'amélioration de la situation de santé de la population.

Pour atteindre son objectif premier qui est de dispenser des soins de qualités, le Centre Hospitalier et Universitaire de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est pris en charge par un système de pouvoir très prégnant où cohabitent d'une part des hiérarchiques parallèles (administratifs, soignants, médecins) et d'autre part des services exerçant des fonctions diversifiées (services médicotechniques, services logistiques). Généralement ces spécialistes placent la rationalité économique au second plan contrairement aux autorités de tutelle qui eux accordent la priorité dans les discours et parfois dans les faits. Cette opposition entre organisation médicale et organisation administrative est une constante dans la gestion hospitalière de tous les pays comme l'ont souligné CAUVIN et COYAUD dans leur ouvrage « Gestion Hospitalière : Finance et Contrôle de Gestion, Economica (1980 page 189) en ces termes : « l'ambition de l'administration a toujours été d'obtenir, l'institution à l'hôpital, de systèmes standardisés, destinés à la mesure de l'activité, au suivi budgétaire et au calcul des coûts, afin de permettre un suivi du budget et de l'activité des hôpitaux dans le temps et dans l'espace, grâce à une certaine comparabilité des résultats dues à la standardisation des procédures ».

Dans cette approche, le Centre Hospitalier et Universitaire de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est confronté à l'obligation d'éviter le gaspillage, d'éviter les pénuries des professionnels, d'éviter la sur prescription des médicaments, d'éviter la variabilité des efforts

et de l'implication du personnel, de déterminer le coût de revient des prestations, de suivre les coûts de revient afférents aux différentes activités, de situer les responsabilités, de détecter les dysfonctionnements. C'est pourquoi le contrôle de gestion qui manipule tous ces concepts apparaît comme une technique incontournable pour la gestion du Centre Hospitalier et Universitaire de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava pour révolutionner la qualité du management hospitalier.

La problématique de notre recherche tient en ce que les Centres Hospitaliers et Universitaires de Zone du Bénin connaissent le contrôle de gestion comme un outil incontournable de pilotage du management hospitalier en vue d'une gestion performante au regard des défis majeurs qui les attendent. Mais un certain nombre de questions méritent d'être posées quant-à la faisabilité de ce précieux outil de gestion :

Quels sont les effets du contrôle de gestion sur la performance hospitalière du CHUZ-AC/SA ?

Pour répondre à cette question fondamentale, nous posons les questions de recherches suivantes :

**QR1** : Le corps médical et le personnel administratif du CHUZ-AC/SA sont-ils déployés de façon efficace et efficiente ?

**QR2** : Le matériel médical est-il utilisé de façon optimale ?

**QR3** : Les produits pharmaceutiques sont-ils utilisés convenablement ?

## **II-Intérêt de la recherche**

Notre but à travers cette recherche est de permettre aux dirigeants du CHUZ-AC/SA une utilisation efficace et efficiente des ressources en vue de contribuer au renforcement de la performance hospitalière.

## **Paragraphe 2 : objectifs de recherche, revue de littérature et hypothèses**

### **I-Objectifs de l'étude**

Le principal objectif de notre recherche est d'évaluer les effets du contrôle de gestion sur la performance hospitalière au CHUZ-AC/SA

De cet objectif découlent les objectifs spécifiques suivants :

- **OS1** : Mesurer la qualité du déploiement du corps médical et du personnel administratif
- **OS2** : Mesurer la qualité de l'utilisation du matériel médical
- **OS3** : Mesurer la qualité de l'utilisation des produits pharmaceutiques

## **II- Revue de littérature**

La présente revue de littérature va porter sur la clarification des concepts et la synthèse des travaux.

### **2-1- Clarification des concepts**

Cette clarification va porter sur les concepts de : performance, efficacité, efficience, contrôle, gestion, contrôle de gestion, utilité du contrôle de gestion, cellule de contrôle de gestion.

### **Performance**

Selon le dictionnaire LE ROBERT (Mai 2009), la performance est « le rendement, résultat le meilleure ». D'une façon simple la performance peut être défini comme l'atteinte des objectifs.

Pour **GIRAUD et al.** (2002), la performance n'est que l'assemblage de deux grandes composantes à savoir la création de valeur et la maîtrise des consommations nécessaires à l'activité. Mais dans le cadre d'un service d'audit interne, les données de cette définition ne peuvent être prises en compte.

Est performance dans l'entreprise tout ce qui, contribue à améliorer le couple valeur-coût, à atteindre les objectifs stratégiques.

Selon **GIRAUD et al.** (2002), pour devenir performantes, les entreprises doivent comprendre en quels termes s'exprime la valeur que les clients accordent à leurs produits et les leviers d'action dont elles disposent pour créer cette valeur.

Plus précisément dans le cadre de la gestion, **BOURGUIGNON** (2000) définit la notion de performance comme « la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété des objectifs ». Cette réalisation pouvant se comprendre au sens strict (Résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (actions). La performance est donc multidimensionnelle, à l'image des buts organisationnels et dépend des objectifs choisis. Pour que cette fonction puisse être efficace, il faut qu'elle rencontre adhésion et collaboration.

Donc la performance hospitalière serait l'atteinte des objectifs hospitaliers.

## **Efficacité**

L'efficacité peut être définie comme l'atteinte des résultats dans les délais et avec les ressources disponibles. L'efficacité est la capacité d'une personne, d'un groupe ou d'un système de parvenir à ses fins, à ses objectifs (ou à ceux qu'on lui a fixés). Être efficace revient à produire à l'échéance prévue les résultats escomptés et réaliser des objectifs fixés, objectifs qui peuvent être définis en termes de quantité, mais aussi de qualité, de rapidité, de coûts, de rentabilité.

La notion d'efficacité est largement utilisée dans les activités économiques et de gestion, mais pas seulement : elle est employée dans les domaines scientifiques : chimie, biochimie, biologie, mécanique, etc.

L'efficacité est une notion large qui comprend d'autres termes voisins, avec lesquels elle ne saurait être confondue :

- **L'efficience** qui caractérise la capacité à atteindre des objectifs au prix d'une consommation optimale de ressources (personnel, matériel, finances).
- **La productivité** qui entend mesurer précisément le degré de contribution d'un ou de facteurs entrants sur la variation du résultat d'un processus examiné.
- **Le rendement** qui qualifie la manière dont une action, un procédé de transformation, un processus -dans lequel on a initialement donné, investi ou consommé des ressources- rend, retourne, renvoie le résultat prévu ou attendu.

## **Efficience**

L'efficience peut être définie comme l'atteinte des résultats à moindre coût.

L'efficience est la capacité d'un individu, d'un ensemble d'individus, d'une machine ou d'une technique à obtenir le maximum de résultats avec le minimum de moyens, de coûts, d'effort ou d'énergie. C'est l'aptitude à réaliser de manière rationnelle de bonnes performances pour une activité ou un travail donné, à optimiser les moyens disponibles ou alloués pour atteindre un résultat.

L'efficience ne doit pas être confondue avec l'efficacité qui est la capacité à atteindre des objectifs prédéfinis sans considération des moyens utilisés. L'efficience ne garantit pas l'efficacité et inversement.

L'efficience peut se quantifier par le rapport entre les résultats obtenus et les ressources

consommées ou utilisées.

## **Contrôle**

Le contrôle qui peut être défini comme « le processus par lequel un élément (une personne, un groupe, une machine, une institution, une norme) affecte intentionnellement les actions d'un autre élément » (Hofstede, 1967)

Le mot « contrôle » est souvent associé à celui de vérification. Lorsque au cours d'une vérification ou inspection, il apparaît que les règles ne sont pas respectées, il s'ensuit généralement une sanction. Limiter le terme « contrôle » à un processus de vérification. Sanction conduirait à réduire considérablement le champ de cette discipline. L'acception anglo-saxonne du mot « contrôle » étendue au sens de maîtrise traduit davantage la complexité de ce domaine de la gestion.

## **Gestion**

La gestion vient du verbe gérer qui signifie manager. La gestion est l'art de prise de décision dans un environnement de choix. Le terme gestion concerne donc l'ensemble des procédures effectuées pour résoudre un problème ou réaliser un projet. La gestion est également la direction ou l'administration d'une entreprise ou d'une affaire.

## **Contrôle de gestion**

Il existe de nombreuses définitions du contrôle de gestion. Chacune développe un aspect particulier de cette discipline en constante évolution. Longtemps considéré comme un contrôle de l'utilisation des ressources allouées aux différentes divisions d'une organisation, le contrôle de gestion est actuellement envisagé comme une fonction indispensable au pilotage de la performance.

Dans les années 50 après la guerre, TAYLOR, WEBER et FAYOL dans leurs visions traditionnelles trouvent que le contrôle de gestion est le management de l'organisation.

R.N. Anthony (1965) dans son approche cybernétique trouve le contrôle de gestion comme « un processus par lequel les managers s'assurent que les ressources sont disponibles et utilisées de façon efficace et efficiente dans l'atteinte des objectifs de l'organisation ». De même, le même auteur dans les années 80 définit le contrôle de gestion comme « un processus

par lequel les managers influencent les comportements de leurs employés pour la mise en œuvre de la stratégie de l'organisation ».

### **Utilité du contrôle de gestion**

Selon HOUEDJISSIN (2011) le contrôle permet de surveiller constamment des directives, de mesurer le chemin parcouru, d'évaluer les écarts qui peuvent être favorables ou défavorables. Il permet de vérifier, de corriger les erreurs, limiter les consommations et s'assurer qu'il n'y a pas de gaspillage. Le contrôle de gestion sert à construire des outils, analyser les résultats, décider d'éventuelles actions correctives.

### **La cellule de contrôle de gestion**

HOUEDJISSIN (2011), en s'appuyant sur les travaux de KEKE, a dit que la cellule de contrôle de gestion est un organe de conseil qui permet de fournir à la direction du centre et aux divers responsables, les informations internes indispensables à une gestion participative, prévisionnelle et une gestion budgétaire saine.

### **Le contrôleur de gestion**

ANTOINE et CORNIL définissent le contrôleur de gestion comme : un cadre supérieur de l'entreprise qui exerce un contrôle permanent des activités de l'entreprise, dans le cadre d'un système de reporting fiable et adapté au principe de direction par objectifs (budgets, plans d'actions, tableaux de bord). Pour ce faire, il fournit à la direction et à l'encadrement une assistance et des analyses dans tous les domaines. Ces analyses permettent, d'une part, d'apprécier les performances et d'engager les éventuelles actions correctives et, d'autre part, l'utilisation optimale des ressources humaines, financières et techniques de l'entreprise dans le cadre des objectifs fixé par la direction.

## **2-2-Travaux de synthèse**

La nécessaire évolution du contrôle de gestion a largement été évoquée ces vingt dernières années au regard de la transformation de l'environnement des entreprises. La remise en cause des hypothèses du modèle traditionnel du contrôle de gestion (Bouquin, 1994) s'est traduite au plan des outils par l'émergence des systèmes de mesure de la performance et la mise à jour des limites de la technique budgétaire. Les praticiens et les chercheurs admettent aujourd'hui que la technique budgétaire ne semble plus être en mesure d'assurer un certain

nombre de rôles dévolus désormais aux systèmes de mesure de la performance. Malgré tout, on constate que les entreprises utilisent toujours autant l'outil budgétaire (Jordan,1998, Ekholm et Wallin, 2000, Gignon-Marconnet, 2003) alors que dans le même temps les systèmes de mesure de la performance se développent dans les entreprises (Bescos et Cauvin,2004). Les systèmes de mesure de la performance se substituent-ils aux budgets pour assurer les fonctions que ces derniers ne peuvent plus assumer ? Si tel n'est pas le cas, quel rôle attribue-t-on aux systèmes de mesure de la performance ? Toutes ces questions se rapportent à la problématique théorique de la conception des systèmes de contrôle de gestion et de l'interactivité entre leurs composantes (Otley, 1980 ; Flamholtz, 1983).

En effet le contrôle de gestion hospitalier est traversé par une controverse. Certains auteurs émettent de sérieuses réserves sur son efficacité en qualifiant le contrôle de gestion en milieu hospitalier de « rituel » (OLSON 1971, OUCHI 1977, BRUNSON et JONSON 1979) de « mythe rationalisé » (SCOTT 1981) de « contrôle aveugle » (OLSON 1985) « d'action hypocrite » (BRUNSON 1988) ou de « rituel rhétorique » (PETTERSEN 1995)

Par ailleurs d'autres analystes croient, par contre en la nécessité « des démarches découlant des procédures budgétaires » (NOBRE 2000), du « contrôle des moyens mis à disposition »(KIFFER et MERLIERE 1997) et de « la maîtrise des risques organisationnels » (ALVAREZ 2000)

### **III-Hypothèses**

**Hypothèse de recherche1**: Le déploiement du corps médical et le personnel administratif explique la performance hospitalière.

**Hypothèse de recherche 2** : L'utilisation optimale du matériel médical explique la performance hospitalière.

**Hypothèse de recherche 3** : L'utilisation convenable des produits pharmaceutiques explique la performance hospitalière.

### **Section 2 : méthodologie de la recherche**

Dans cette section, nous allons mettre en lumière la méthodologie utilisée pour la réalisation de ce travail. Nous allons d'abord aborder les techniques de collecte des données, ensuite la méthode de traitement des données collectées et enfin la condition de validation des hypothèses.

## **A-Technique de collecte des données**

### **1- Echantillonnage**

La population mère de notre échantillonnage est constituée du personnel du CHUZ-AC/SA et de ses clients. Son effectif total est de 311. Nous avons choisi un échantillon de 60 individus, 30 du personnel soit 10,36 de la population mère et 30 des patients. Notons que cet échantillon est retenu de façon aléatoire, tenant compte de nos moyens et de la disponibilité des clients.

### **2- Recherche documentaire**

La documentation est une technique indispensable que nous avons utilisée tout au long de notre recherche. Elle nous a permis de compléter les informations recueillies à travers le questionnaire et les observations directes. Cette recherche nous a beaucoup aidés dans l'élaboration de la problématique, de la revue de littérature, et du cadre contextuel de l'étude

### **3- Questionnaire**

Le questionnaire nous a permis d'établir une vérification empirique des entretiens directs. Les résultats des discussions et observations ont servi à la préparation d'une série de question. Le questionnaire est composé de questions ouvertes pour permettre aux enquêtés de s'exprimer librement et de donner leur point de vue par rapport à une situation donnée et de questions fermées permettant de répondre avec exactitude à un problème précis. Le questionnaire a été utilisé pour recueillir les informations non seulement auprès du personnel mais également auprès des clients

## **B-Technique de traitement des données**

Les outils de statistique ont été utilisés notamment les fréquences et les graphiques suivis du logiciel Excel pour le traitement des données collectées. Ainsi la qualité de la régression sera testée en tenant compte des seuils du coefficient de corrélation R, l'analyse des données repose sur l'ensemble des informations collectées à l'aide du questionnaire. Nous avons pu collecter 30 questionnaires au niveau du personnel et 30 auprès des clients avec lesquelles le traitement a été fait. Après la collecte les informations sont directement introduites dans le logiciel Excel dans sa version 2010 sous l'environnement Windows pour leurs traitements. Nous avons pour ce faire numéroté les questionnaires de 1 à 30 du côté du personnel et des patients et procéder au codage suivants : les chiffres 1,2,3 sont respectivement attribués à

«pas d'accord », « indifférent », « d'accord ».Aussi, avons-nous codé la prise en charge médicale des malades par PH1,qui correspond à la colonne B ;le soin des malades suivant les protocoles prévus par PH2 ,correspondant à la colonne C ;le déploiement du corps médical par DCM , correspondant à la colonne D ; le déploiement du personnel administratif par DPA, correspondant à la colonne E ; l'utilisation optimal du matériel médical par UOMM, correspondant à la colonne F ; l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques par UCPP, correspondant à la colonne G ; la moyenne de PH1et PH2 par PHdans la colonne H ;et enfin la moyenne de DCM et DPA par D1 dans la colonne I. Les liens de corrélation ont été faits entre PH et D1 ;entre PH et UOMM et enfin entre PH et UCPP ce qui correspond respectivement aux matrices  $(H2 :H31),(I2 :I31)$  ; $(H2 :H31),(F2 :F31)$  et  $(H2 :H31) , (G2 :G31)$ .Cette technique nous a permis de calculer la valeur R du coefficient de corrélationpour chacun des trois liens.

### **C-Validation des hypothèses**

Pour analyser les effets du contrôle de gestion sur la performance hospitalière du CHUZ-AC/SA, le personnel et les clients ont été invités à fournir des informations sur les effets du contrôle de gestion sur la base du questionnaire que nous leur avons adressé. La vérification des hypothèses sera faite de la manière suivante :

**L'hypothèse n°1** qui stipule que « le déploiement du corps médical et le personnel administratif explique la performance hospitalière » est confirmée si le pourcentage de ceux qui sont d'accord que le corps médical et le personnel administratif est déployé de façon rationnelle est maximal.La valeur R du coefficient de corrélation sera aussi un déterminant important pour l'hypothèse. Ainsi, si :

$R \in [0,7 ; 0,85]$ , la liaison est dite admissible,

$R \in [0,85 ; 0,95]$ , elle est dite correcte et

$R > 0,95$ , la liaison est dite bonne.

Au cas où la valeur R ne se trouverait dans aucun de ces trois intervalles l'hypothèse est infirmée.

**L'hypothèse n°2** qui dit que « l'utilisation optimale du matériel médical explique la performance hospitalière » est confirmée si le pourcentage de ceux qui sont d'accord que le matériel médical est utilisé de façon optimale est maximal. Tout comme l'hypothèse

précédente, ce pourcentage sera forcément appuyé par la valeur R du coefficient de corrélation. Ainsi donc, pour :

$R \in [0,7 ; 0,85]$ , la liaison est dite admissible,

$R \in [0,85 ; 0,95]$ , elle est dite correcte et

$R > 0,95$ , la liaison est dite bonne.

Au cas où la valeur R ne se trouverait dans aucun de ces trois intervalles l'hypothèse est infirmée.

**L'hypothèse n°3** qui dit que « l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques explique la performance hospitalière » est confirmée si le pourcentage de ceux qui sont d'accord que les produits pharmaceutiques sont convenablement utilisés est maximal. La valeur R du coefficient de corrélation sera aussi un déterminant important pour l'hypothèse. Ainsi, si :

$R \in [0,7 ; 0,85]$ , la liaison est dite admissible,

$R \in [0,85 ; 0,95]$ , elle est dite correcte et

$R > 0,95$ , la liaison est dite bonne.

Au cas où la valeur R ne se trouverait dans aucun de ces trois intervalles l'hypothèse est infirmée.

### **Difficultés rencontrées**

La réalisation de ce travail n'a pas été sans quelques difficultés qu'il convient d'énumérer ici :

- Les difficultés liées à la collecte des informations nécessaires à la rédaction de notre mémoire,
- La conservation des informations de la part du personnel à cause disent-ils du secret professionnel,
- Le non disponibilité du personnel à cause de leurs tâches habituelles,
- Beaucoup de clients ne se sont pas fiés à nous car disent-ils être pressés,

Il faut néanmoins reconnaître que la participation et la remarquable aide de certains responsables, y compris nos propres recherches nous ont été d'une grande importance pour la rédaction de ce mémoire.

### **Les limites de notre étude**

Toute étude sérieuse, qu'elle soit qualitative ou quantitative présente certaines limites. Notre étude, ne pouvant pas rester en marge de cette réalité en a aussi connu. Les informations recueillies lors de nos enquêtes sont limitées tant au niveau de leur qualité que de leur fiabilité. Nous n'avons pas pu avoir toutes les informations recherchées. Cet état de chose est dû au fait du secret professionnel qui a obligé certains agents à répondre superficiellement à nos questions. Beaucoup d'autres choses l'expliquent également nous n'allons pas oublier la méfiance de certains personnels et certains clients qui ont fini par répondre après que nous les ayons rassurés de notre entière discrétion et de leur anonymat.

---

**CHAPITRE III**

**PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

---

Dans ce troisième et dernier chapitre de notre travail, nous allons dans un premier temps procéder à la présentation des données et dans un second temps les analyser avant de faire nos suggestions pour finir.

### **Section 1 : Présentation et analyse des données**

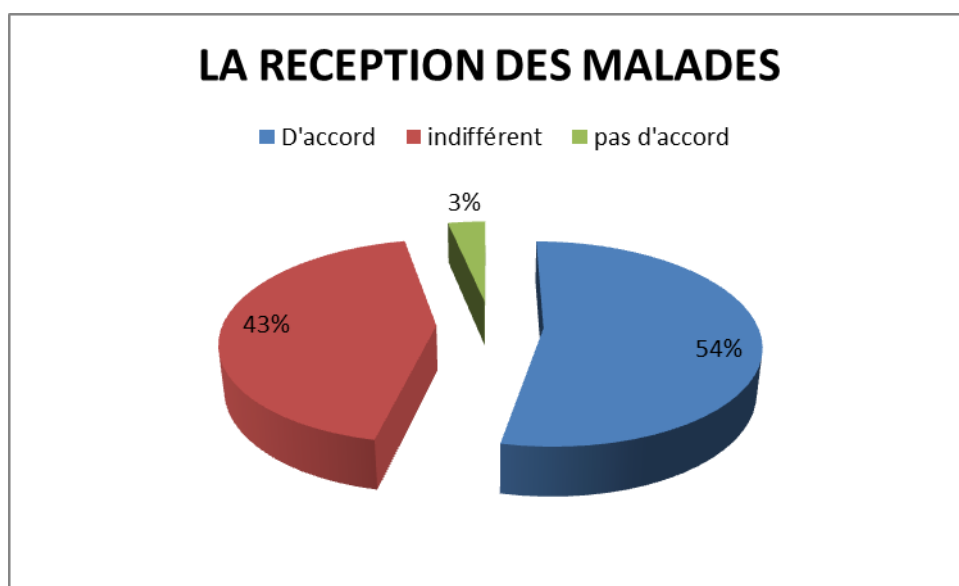
L'approche méthodologique adoptée nous a permis d'atteindre les résultats que nous jugeons nécessaires d'analyser. Ce qui nous permet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses formulées plus haut.

#### **Paragraphe 1 : Présentation et analyse des données quantitatives**

Il s'agit d'analyser ici la performance hospitalière dans un premier temps du côté du personnel et dans un second temps du côté des patients.

##### **Du point de vue du personnel :**

Les données recueillies sur la réception des malades (voir tableau 2 en annexe)

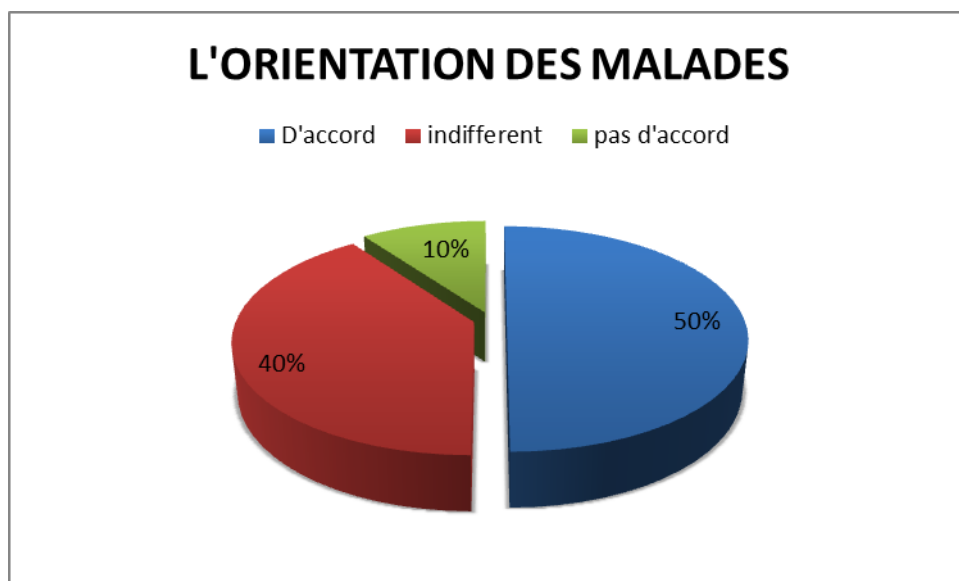


**Graphique 1** : La réception des malades

##### **Commentaire :**

L'examen de ce graphique nous montre que 54% du personnel est d'accord que les malades sont bien reçus au sein du CHUZ-AC/SA contre 43% qui est indifférent et 3% qui n'est pas d'accord. De cette analyse, il ressort que la réception des malades est bien faite.

Les données recueillies sur l'orientation des malades (voir tableau 3 en annexe)

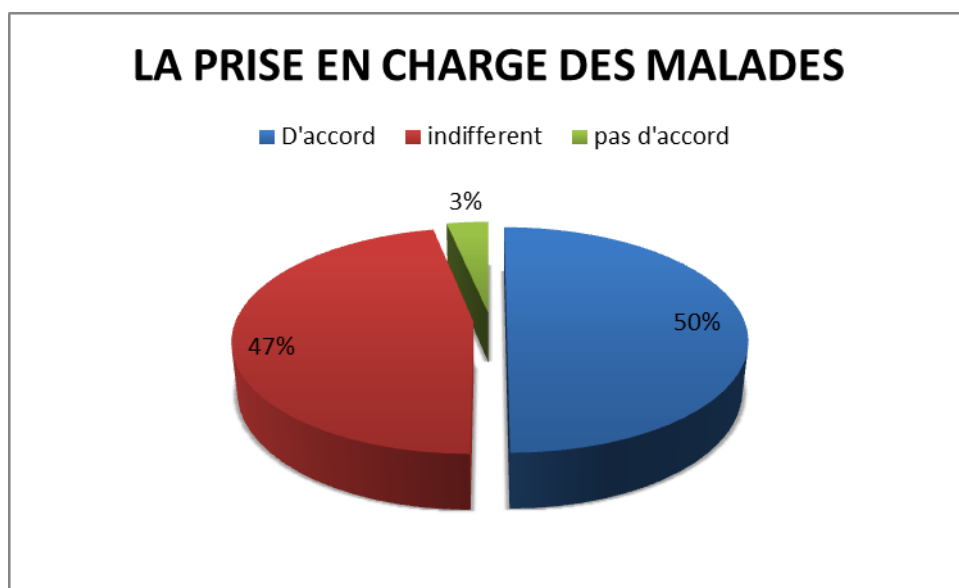


**Graphique 2** : L'orientation des malades

**Commentaire :**

L'examen de ce graphique nous montre que 50% du personnel est d'accord que les malades sont bien orientés au sein du CHUZ-AC/SA contre 40% qui est indifférent et 10% qui n'est pas d'accord. De cette analyse, il ressort que l'orientation des malades est bien faite.

Les données recueillies sur la prise en charge des malades (voir tableau 4 en annexe)



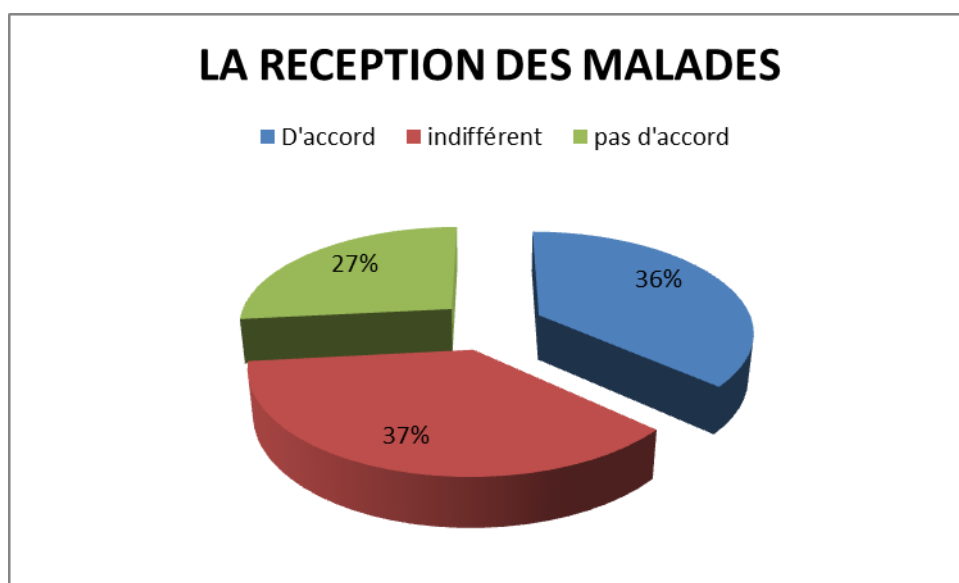
**Graphique 3** : La prise en charge des malades

**Commentaire :**

L'examen de ce graphique nous montre que 50% du personnel est d'accord que les malades sont bien orientés au sein du CHUZ-AC/SA contre 47% qui est indifférent et 3% qui n'est pas d'accord. Il ressort que la prise en charge des malades est bien faite.

**Du point de vue des patients :**

Les données recueillies sur la réception des malades (voir tableau 5 en annexe)

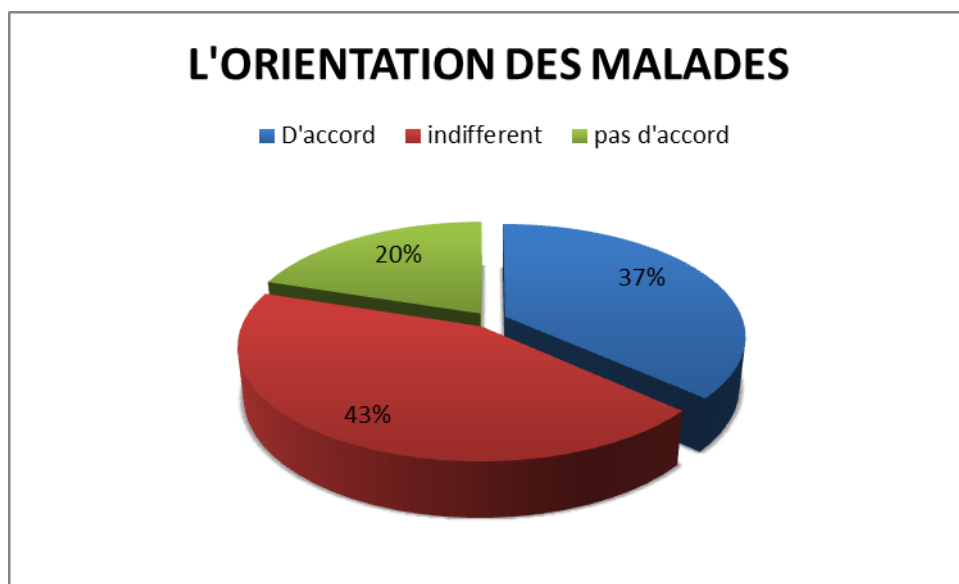


**Graphique 4 :** La réception des malades

**Commentaire :**

L'examen de ce graphique nous montre que 36% des patients sont d'accord que les malades sont bien reçus au sein du CHUZ-AC/SA contre 37% qui sont indifférents et 27% qui ne sont pas d'accord. Il ressort que la réception des malades n'est pas bien faite.

Les données recueillies sur L'orientation des malades (voir tableau 6 en annexe)

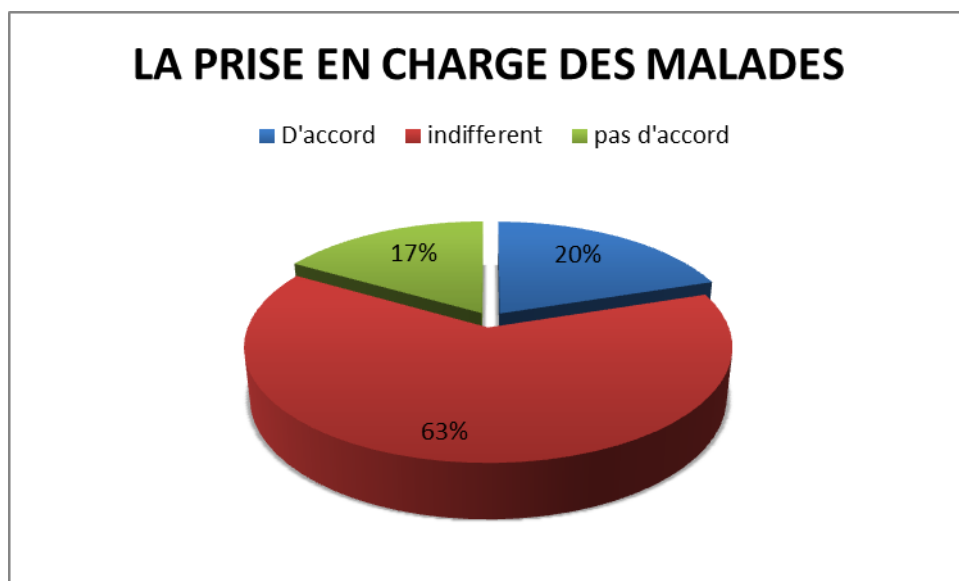


**Graphique 5 :** L'orientation des malades

**Commentaire :**

L'examen de ce graphique nous montre que 37% des patients sont d'accord que les malades sont bien orientés au sein du CHUZ-AC/SA contre 43% qui sont indifférents et 20% qui ne sont pas d'accord. De cette analyse nous retenons que l'orientation des malades n'est pas bien faite.

Les données recueillies sur la prise en charge des malades (voir tableau 7 en annexe)



**Graphique 6 :** La prise en charge des malades

**Commentaire :**

L'examen de ce graphique nous montre que 20% des patients sont d'accord que les malades sont bien orientés au sein du CHUZ-AC/SA contre 63% qui sont indifférents et 17% qui ne sont pas d'accord. Il ressort de cette analyse que la prise en charge des malades n'est pas bien faite.

**Du point de vue globale nous avons constaté que :**

-45% des personnes interrogées sont d'accord que la réception des malades est bien faite au CHUZ-AC/SA contre 15% qui ne sont pas d'accord et 40% qui sont indifférents. Il ressort que peu de personnes stipulent que la réception des malades est bien faite. On peut déduire qu'il n'y a pas de problème au niveau de la réception des malades.

-43,5% des personnes interrogées sont d'accord que l'orientation des malades est bien faite au CHUZ-AC/SA contre 15% qui ne sont pas d'accord et 41,5% qui sont indifférents. Il ressort que peu de personnes stipulent que l'orientation des malades est bien faite. On en déduit qu'il n'y a pas de problème par rapport aux orientations des malades.

-35% des personnes interrogées sont d'accord que la prise en charge des malades est bien faite au CHUZ-AC/SA contre 9,5% qui ne sont pas d'accord et 55,5% qui sont indifférents. Il ressort que peu de personnes stipulent que la prise en charge des malades est bien faite. On en déduit que la prise en charge des malades constitue un problème pour le CHUZ-AC/SA.

**Paragraphe 2 : présentation et analyse des données qualitatives**

De nos entretiens avec les responsables du centre, il ressort que le CHUZ-AC/SA connaît différents problèmes liés aux effets du contrôle de gestion sur la performance hospitalière qui peuvent se résumer ainsi :

- Le retard de certains médecins,
- Le renvoi des patients pour faute de place,
- La sur prescription des médicaments,
- La lecture des résultats d'analyse mal faite,
- La négligence dans la prise en charge de certains patients,

- Le renvoie des malades pour faute de fatigue,
- L'absence de certains médecins-chefs sans motifs,
- L'incompétence de certains médecins,
- Le non-respect de la procédure d'engagement des dépenses,
- Non actualisation du manuel de procédure,
- Manque de matériels.

### **Paragraphe 3 : analyse explicative**

Les résultats issus de nos enquêtes ont été introduit dans le tableau du logiciel Excel dans sa version 2010 qui nous a permis de calculer les coefficients de corrélation.(voir annexe 4). Ainsi nous avons :

#### **-Lien entre le déploiement des ressources humaines et la performance hospitalière**

Le coefficient de corrélation  $R= 0,72$ . Il y a donc une liaison dite admissible entre le déploiement des ressources humaines et la performance hospitalière.

#### **-Lien entre l'utilisation optimale des matériels médicaux et la performance hospitalière**

Le coefficient de corrélation  $R= 0,77$ . Il y a donc une liaison dite admissible entre l'utilisation optimale des matériels médicaux et la performance hospitalière.

#### **-Lien entre l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques et la performance hospitalière**

Le coefficient de corrélation  $R = 0,90$ . Il y a donc une liaison dite correcte entre l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques et la performance hospitalière.

### **Section 2 : vérification des hypothèses**

Les résultats que nous avons présentés ci-dessus nous permettent à présent de vérifier les hypothèses émises dans le deuxième chapitre. Ainsi, nous avons :

**Hypothèse 1 :** le déploiement du corps médical et le personnel administratif explique la performance hospitalière. Selon l'analyse des résultats de nos enquêtes ajoutée à l'analyse explicative, il ressort que 58% du personnel est d'accord que le déploiement du corps

médical et du personnel administratif est bien fait (voir tableau 8 en annexe). En plus, le coefficient de corrélation du lien entre la performance hospitalière et le déploiement du corps médical et du personnel administratif  $R=0,72$ , donc  $R \in [0,7 ; 0,85]$ . L'hypothèse 1 qui stipule que le déploiement du corps médical et du personnel administratif explique la performance hospitalière est confirmée.

**Hypothèse 2 :** l'utilisation optimale du matériel médical explique la performance hospitalière. Il ressort de l'analyse des données que 63% du personnel est d'accord de l'utilisation optimale du matériel médical (voir tableau 9 en annexe). Le coefficient de corrélation entre la performance hospitalière et l'utilisation optimale du matériel médical  $R=0,77$ , donc  $R \in [0,7 ; 0,85]$ . L'hypothèse 2 qui stipule que l'utilisation optimale du matériel médical explique la performance hospitalière est alors confirmée.

**Hypothèse 3 :** L'utilisation convenable des produits pharmaceutiques explique la performance hospitalière. Selon les résultats de nos enquêtes, il ressort que 57% du personnel est d'accord sur l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques (voir tableau 10 en annexe). Le coefficient de corrélation entre la performance hospitalière et l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques  $R=0,90$ , donc  $R \in [0,85 ; 0,95]$ . L'hypothèse 3 qui stipule que l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques explique la performance hospitalière est confirmée.

### **Section 3 : Critiques, apports de solutions et suggestions**

#### **Paragraphe 1 : Critiques**

Comme tout Centre Hospitalier, en dehors de quelques problèmes liés à la performance hospitalière que nous avons constatés, le CHUZ-AC/SA dispose des potentialités pour faire évoluer sa politique de performance hospitalière. Nous pouvons entre autres énumérer :

- ✓ La mise à la disposition du centre d'un système informatique lui permettant de disposer d'une base de données et ainsi sauvegarder toutes les informations concernant les dépenses et les recettes,
- ✓ L'utilisation de pancarte pour orienter les malades,
- ✓ La disposition d'un audit externe pour le contrôle.

Néanmoins, les constats ci-après sont faits sur les faiblesses auxquelles se trouvent confrontées la performance hospitalière du CHUZ –AC/SA .Parmi ces faiblesses relevées, nous allons en énumérer celles qui suivent :

- ✓ Le manque de courtoisie de certains personnels soignants à l'endroit des patients,
- ✓ Les pannes régulières observées au niveau du logiciel perfecto,
- ✓ Le manque d'une cellule de contrôle de gestion,
- ✓ L'insuffisance d'infrastructure pour le personnel administratif,
- ✓ L'insuffisance de motivation du personnel.

### **Paragraphe 2 : Apports de solutions**

Nous faisons les apports de solution ci-après :

- Mettre en place une cellule de contrôle de gestion,
- Initier des séances de sensibilisation et de formations à l'endroit du personnel,
- Doter le centre des ressources adéquates (matérielles, humaines, financières) pour un bon suivi des patients,
- Développer des actions qui motivent le personnel et les patients,
- Mettre en place une deuxième caisse pour vite satisfaire les patients,
- Etre à l'écoute permanente des patients.

### **Paragraphe 3 : Suggestions**

Nous ferons à ce niveau deux sortes de suggestions. Les unes iront à l'endroit du Ministère de la Santé et les autres à l'endroit du CHUZ-AC/SA.

#### **A- Suggestion à l'endroit du CHUZ-AC/SA**

Pour améliorer sa performance, nous souhaiterions que le CHUZ-AC/SA :

- Fasse un bon déploiement du personnel administratif et du corps médical,
- Utilise de façon optimale le matériel médical,
- Utilise de façon convenable les produits pharmaceutiques,
- Organise périodiquement des enquêtes de satisfaction des patients et recueillis leurs doléances,
- Règle avec douceur les quelques petits différents qui naissent au sein du personnel,

- Accorde une attention particulière à l'endroit des patients tout en exigeant du personnel impliqué, plus de détermination et de dynamisme.

**B- Suggestion à l'endroit du Ministère de la santé**

En tant que structure de tutelle nous souhaiterions que le Ministère de la Santé :

- Recrute un nombre suffisant de personnel pour la mise en place d'une cellule de contrôle de gestion,
- Renforce son système de suivi et de contrôle du personnel afin de pouvoir le discipliner quant-au bon accueil des patients comme cela se doit,
- Dote les CHU, chacun selon ses besoins et exigences,
- Règle les dettes envers les CHU (césariennes gratuites, paludismes gratuits).

## **CONCLUSION**

L'importance du contrôle de gestion n'est plus à démontrer dans la performance hospitalière d'autant plus que les développements précédents ont souligné le rôle croissant donné au contrôle de gestion en milieu hospitalier. Le contrôle de gestion tient compte des difficultés humaines et techniques, si l'on veut que l'hôpital satisfasse à ses objectifs primordiaux. Il joue un rôle capital dans la performance hospitalière et permet ainsi l'atteinte des objectifs, donner les meilleurs soins aux patients. Afin de saisir pleinement les enjeux qui lui sont liés ils convient d'appréhender le contrôle de gestion comme un dispositif de maîtrise des risques organisationnels. Il devient un mécanisme compensateur apportant des réponses aux risques organisationnels du centre. De ce fait, mener une réflexion sur la maîtrise des risques c'est travailler à l'atteinte de ses objectifs et donc la performance. Ainsi nous avons porté nos réflexions sur « les effets du contrôle de gestion sur la performance hospitalière du Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey »

A l'issue de nos réflexions, nous voyons que le contrôle de gestion a un effet positif sur la performance hospitalière. A cet effet le CHUZ-AC/SA se doit de revoir voire parfaire sa gestion en installant une cellule de contrôle de gestion afin de toujours mieux satisfaire ses patients. Les recherches que nous avons effectuées au sein du centre nous ont permis non seulement de découvrir quelques problèmes que rencontre le CHUZ-AC/SA mais également les efforts qu'ils ont eu à faire. Après avoir mis l'accent sur les problèmes, nous n'avons pas manqué de proposer des solutions et de faire des suggestions pour que le CHUZ-AC/SA soit un centre de renom en matière de performance.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir abordé tous les contours du problème. En effet, tous les éléments à prendre en compte pour analyser les effets du contrôle de gestion sur la performance hospitalière n'ont pas pu être pris en compte. Toutefois nous sommes plus que persuadés que la prise en compte de nos recommandations et leurs mise en œuvre surtout permettront au CHUZ-AC/SA d'atteindre ses objectifs. Cela y va et de leur intérêt et de celui des patients.

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bescos P.L. et Cauvin E. (2004), « L'évaluation des performances dans les entreprises françaises : une étude empirique », Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Orléans.

Bouquin H. (1994), *Les fondements du contrôle de gestion*, PUF, collection Que sais-je ?

BOURGUIGNON A.(2000), « Performance et Contrôle interne », éditions d'ORGANISATION, Paris, 1025 pages.

CAUVIN C. et COYAUD C. (1980) « Gestion hospitalière : Finance et Contrôle de Gestion, *Economica*»

Dictionnaire ROBERT

Ekholm B.G., Wallin J. (2000), « Is the Annual Budget Really Dead? », *The European Accounting Review*, 9, 4, pp.519-539.

Flamholtz E.G. (1983) « Accounting, budgeting and control systems in their organizational context: theoretical and empirical perspectives », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 8, N° 213, pp. 153-159.

Gignon-Marconnet I. (2003), « Les rôles actuels de la gestion budgétaire en France : une confrontation des perceptions de professionnels avec la littérature», *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Tome 9, Volume 1, pp. 53-78.

GIRAUDF, SAULPIC O, NAULLEAU G, DELMOND M.et BESCOS P., (2002), «Contrôle de gestion et pilotage de la performance », édition GUALINO, collection, Business, Paris 269 pages.

HOUEDJISSIN, M (2011), « Nécessité de mise en œuvre d'une cellule de contrôle de gestion à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/So-Ava »

Jordan H. (1998), « Synthèse des résultats de l'enquête HEC / DFCG 1998 : planification et contrôle de gestion dans les entreprises : les outils et les hommes ont-ils progressé ? », *Echanges*, n°146.

Otley D. (1980) « The Contingency Theory of Management Accounting: Achievement and Prognosis », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 5, N° 4, p. 413-428.

# ANNEXES

**Tableau1** : Répartition de l'effectif du personnel par corps de profession

<b>CORPS</b>	<b>EFFECTIFS</b>
APE	80
AFP	3
ACE	138
ACL	6
ANPE	10
AMS	1
PNLS	1
FONDS MONDIAL	1
VOLONTAIRE	18
PRESTATAIRE	53
TOTAL	311

Source : Division Gestion Administrative du Personnel (DGAP), Août 2016

**Tableau 2** : Les données recueillies sur la réception des malades

	Effectifs	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	16	54	54
indifférents	13	43	97
Pas d'accord	1	3	100

**Source** : réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**Tableau 3** : Les données recueillies sur l'orientation des malades

	Effectifs	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	15	50	50
indifférents	12	40	90
Pas d'accord	3	10	100

**Source**: réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**Tableau 4** : Les données recueillies sur la prise en charge des malades

	Effectifs	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	15	50	50
indifférents	14	47	97
Pas d'accord	1	3	100

**Source**: réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**Tableau 5** : Les données recueillies sur la réception des malades

	Effectifs	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	11	36	37
indifférents	11	37	74
Pas d'accord	8	27	100

**Source**: réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**TABLEAU 6** : Les données recueillies sur L'orientation des malades

	Effectifs	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	11	37	37
indifférents	13	43	80
Pas d'accord	6	20	100

**Source**: réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**TABLEAU 7**: Les données recueillies sur la prise en charge des malades

	Effectifs	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	6	20	20
indifférents	19	64	84
Pas d'accord	5	16	100

**Source**: réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**TABLEAU 8:** Les données recueillies sur le déploiement du corps médical et du personnel administratif

	Moyenne	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	17,5	58	58
indifférents	9	30	88
Pas d'accord	3,5	12	100

**Source:** réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**TABLEAU 9:** Les données recueillies sur l'utilisation optimale du matériel médical

	Moyenne	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	19	63	63
indifférents	9	30	93
Pas d'accord	2	7	100

**Source:** réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**TABLEAU10:** Les données recueillies sur l'utilisation convenable des produits pharmaceutiques

	Moyenne	Fréquences en %	Cumulés
D'accord	17	57	57
indifférents	6	20	77
Pas d'accord	7	23	100

**Source:** réalisé par nous-mêmes d'après les données de nos enquêtes, Août 2016

**QUESTIONNAIRE ADRESSE AU PERSONNEL DU CHUZ-AC/SA**

Le présent questionnaire se situe dans le cadre de la présentation de notre mémoire de fin de formation en licence professionnelle à la faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'université d'Abomey-Calavi (UAC)

Veillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les propositions suivantes :

1- Les malades sont bien reçus au CHUZ-AC/SA

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

2- La prise en charge médicale des malades au CHUZ-AC/SA est bien faite

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

2-1- L'accueil des malades est de bonne qualité

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

2-2- Les malades sont bien orientés

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

2-3- Les malades sont soignés suivant les protocoles prévus

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

3- Les ressources humaines sont utilisées de façon rationnelle

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

3-1- le corps médical est déployé de façon rationnelle

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

3-2-Le personnel administratif est déployé de façon rationnelle

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

4 -Le matériel médical est utilisé de façon optimale

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

5- Les produits pharmaceutiques sont convenablement utilisés

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

6- Les consommables médicaux sont utilisés de façon rationnelle

D'accord

+/- D'accord

Pas d'accord

Vous avez entre :

15-20ans

20-30ans

30-40ans

40-50ans

Autres à préciser

Vous êtes :

Médecin

Infirmier

Sage-femme

Administratifs

Autres

*MERCI POUR VOTRE COLLABORATION*

**QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PATIENTS DU CHUZ-AC/SA**

Le présent questionnaire se situe dans le cadre de la présentation de notre mémoire de fin de formation en licence professionnelle à la faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'université d'Abomey-Calavi (UAC)

Veillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les propositions suivantes :

1-Je suis bien reçu au CHUZ-AC/SA

D'accord + /- D'accord Pas d'accord

2-Je suis bien orienté au CHUZ-AC/SA

D'accord + /- D'accord Pas d'accord

3- Le personnel du CHUZ-AC/SA est à l'écoute des malades

D'accord + /- D'accord Pas d'accord

4- Je suis globalement satisfait de la prise en charge médicale au CHUZ-AC/SA

D'accord + /- D'accord Pas d'accord

Vous avez entre :

15-20ans  20-30ans  30-40ans

40-50ans  Autres à préciser

Profession : .....

*MERCI POUR VOTRE COLLABORATION*

**Tableau 11: Base de données d'enquêtes**

Identification	PH1	PH2	DCM	DPA	UOMM	UCPP	PH	D1
1	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	3	3	3	3
3	2	2	2	3	3	1	2	2,5
4	2	2	2	3	2	1	2	2,5
5	3	3	3	3	3	3	3	3
6	2	3	3	2	2	2	2,5	2,5
7	2	3	2	2	2	2	2,5	2
8	2	3	3	2	2	2	2,5	2,5
9	3	3	2	2	3	3	3	3
10	2	3	2	3	2	2	2,5	2,5
11	2	2	2	2	2	1	2	2
12	2	2	2	1	2	1	2	1,5
13	3	3	2	3	3	3	3	3
14	2	2	3	3	2	1	2	3
15	3	3	2	3	3	3	3	2,5
16	2	3	1	1	2	2	2,5	2
17	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	2	3	3	3	3	3
19	2	3	3	3	3	3	2,5	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3
21	2	3	3	3	3	3	2,5	3
22	3	3	2	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3	3	3	3
24	1	2	1	1	1	1	1,5	1
25	3	2	3	2	3	2	2,5	2,5
26	3	3	3	3	3	3	3	3
27	3	2	3	1	3	3	2,5	2
28	3	2	3	1	3	3	2,5	2
29	3	3	3	3	3	3	3	3
30	2	2	2	3	1	1	2	2,5

**Source :**Collecte des données du 12 au 25 Août 2016

## TABLE DES MATIERES

Avertissement.....	i
Certification.....	ii
Dédicaces 1.....	iii
Dédicaces 2.....	iv
Remerciements.....	v
Liste des sigles et abréviations.....	vi
Liste des tableaux.....	viii
Liste des graphiques.....	viii
Sommaire.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre I : Cadre contextuel de la recherche.....	3
Section 1 : Présentation du CHUZ-AC/SA.....	4
Paragraphe 1 : Historique, objectifs, missions, et structure organisationnelle.....	4
I-Historique.....	4
II-Situation géographique, objectifs, missions.....	4
A-Situation géographique.....	4
B-Objectifs.....	5
C-Missions.....	5
Paragraphe 2 : Structure organisationnelle, activités et ressources.....	6
I-Structure organisationnelle.....	6
A-Organes de gestion, de décision et les différents services du CHUZ-AC/SA.....	6
a-Organes de gestion et de décision.....	6

b- Les services du CHUZ-AC/SA.....	8
1-Les services administratifs.....	8
1-1-Le service des Affaires Administratives et Economiques(SAAE).....	9
1-2-Le service des Affaires Financières(SAF).....	12
2-Les services médicaux, médico-techniques et l’Infirmier Général.....	13
2-1-Les services médicaux .....	13
2-2-Les services médico-techniques .....	13
2-3-L’Infirmier Général.....	13
II-Activités et ressources.....	13
A-Activités.....	13
B-Ressources du CHUZ-AC/SA.....	14
a- Les ressources financières.....	14
b- Les ressources humaines.....	15
c- Les ressources matériels.....	15
Section 2 : déroulement du stage .....	17
Paragraphe 1 : travaux effectués.....	17
Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et suggestions.....	20
Chapitre II : cadre théorique et méthodologique de la recherche.....	21
Section 1 : cadre théorique de la recherche.....	22
Paragraphe 1 : Problématique et intérêt de la recherche.....	22
I- Problématique.....	22
II- Intérêt de la recherche.....	23
Paragraphe 2 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature.....	23

I-Objectifs de l'étude.....	23
II- Revue de littérature .....	24
2-1- Clarification des concepts.....	24
2-2-Travaux de synthèse.....	27
III-Hypothèses.....	28
Section 2 : Méthodologie de la recherche.....	28
A- Technique de collecte des données.....	29
1- Echantillonnage.....	29
2-Recherche documentaire.....	29
3-Questionnaire.....	29
B-Technique de traitement des données.....	29
C-Validation des hypothèses.....	30
Chapitre III : Présentation et analyse des résultats .....	33
Section 1 : Présentation et analyse des données.....	34
Paragraphe 1 : Présentation et analyse des données quantitatives.....	34
Paragraphe 2 : Présentation et analyse des données qualitatives.....	38
Paragraphe 3 : Analyse explicative.....	39
Section 2 : Vérification des hypothèses.....	39
Section 3 : Critiques, apports de solutions et suggestions.....	40
Paragraphe 1 : Critiques.....	40
Paragraphe 2 : Apports de solutions.....	41
Paragraphe 3 : Suggestions.....	41
A-Suggestion à l'endroit du CHUZ-AC/SA.....	41

B-Suggestion à l'endroit du Ministère de la Santé.....	42
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44
Annexes .....	45