



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

OPTION :

Management

FILIERE :

Management des Services Publics

ANNEE ACADEMIQUE

2009-2010

**CONTRIBUTION A LA GESTION METHODIQUE DU
CONTROLE DE L'EXECUTION DU TRAVAIL A
L'HOPITAL DE ZONE DE SURU-LERE**

Réalisé et soutenu par :

Aurore GANDEMEY

Sous la direction de :

Maître de stage :

Célestin M. HODEHOU

Administrateur des Hôpitaux

Directeur de l'HZSL

Directeur de Mémoire

Clément DJOHOUN

Docteur en Economie

Enseignant à l'ENAM

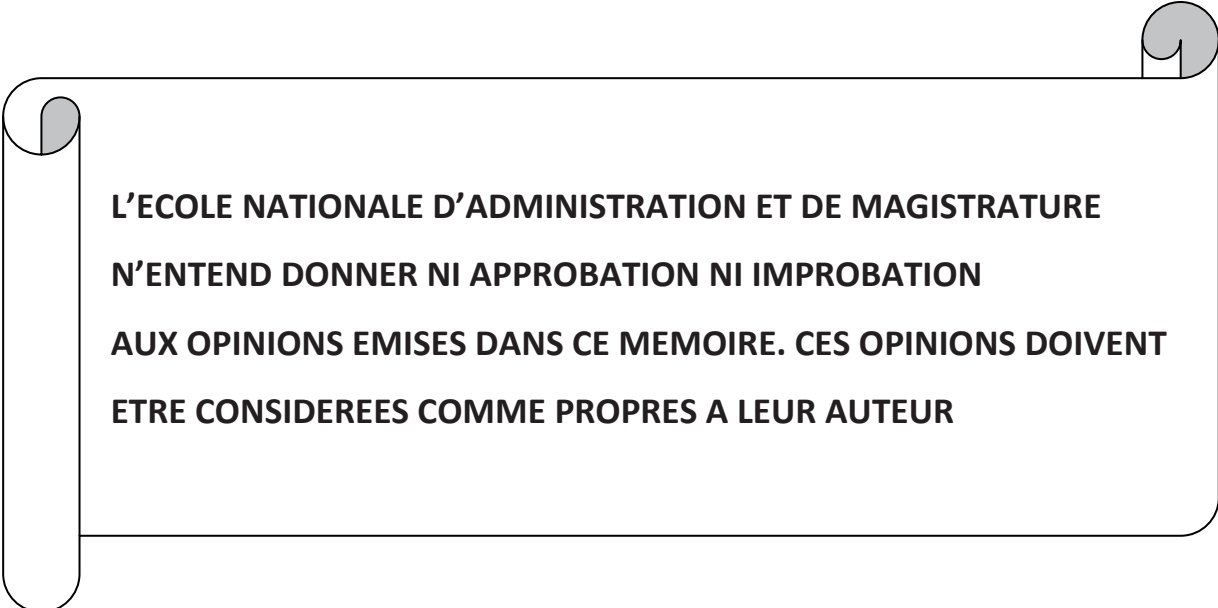
Mars 2011

IDENTIFICATION DU JURY

Président : **M. Simon DAKO**

Vice-Président : **M. Hughes TCHIBOZO**

Membre : **M. Célestin NANSI**



**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE
N'ENTEND DONNER NI APPROBATION NI IMPROBATION
AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT
ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR**

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail :

- A mon feu Père **Stanislas GANDEMEY** qui m'a éveillée aux délices de l'éducation ;
- A ma mère veuve **Justine GANDEMEY** née **CRECELLE** qui m'a portée en son sein ;
- A mes sœurs **Christiane, Juanita, Liliane** et mes frères **Fabrice, Luc, Armand, Armel** pour leur attachement ;
- A toi mon époux **Stanislas WHANNOU** pour tes nombreux sacrifices. Tu m'as inculqué que la femme doit se valoriser par le travail bien fait ;
- A vous mes enfants **Wilfried** et **Ange** pour qui ce travail doit être un exemple d'application et un acte de courage, de persévérance et d'abnégation. Qu'il soit pour vous une émulation à faire mieux que vos parents.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'a été possible qu'avec la contribution des uns et des autres à qui nous témoignons toute notre gratitude.

Nos sincères remerciements vont notamment à l'endroit de :

- Monsieur **Clément DJOHOUN**, notre directeur de mémoire, pour ses orientations et conseils éclairés, malgré ses occupations ;
- Monsieur **Célestin HODEHOU**, Directeur de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, notre maître de stage, pour sa disponibilité ;
- Tous les enseignants de l'ENAM, pour la qualité de la formation qu'ils ont bien voulu nous donner ;
- Tout le personnel administratif de l'ENAM, pour leur contribution à l'aboutissement heureux de la formation ;
- Docteur **Pascal DOSSOU-TOGBE**, pour sa vision, sa contribution, et sa disponibilité ;
- Tout le personnel de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, pour leur disponibilité et l'accueil chaleureux qu'il m'a réservé ;
- Tous mes collègues de promotion, pour leur soutien.

LISTE DES SIGLES

CADZS	:	Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
CAP	:	Connaissance-Attitude-Pratique
CET	:	Contrôle de l'Exécution du Travail
HZ-SL	:	Hôpital de Zone de Suru-Léré
MS	:	Ministère de la Santé
TBE	:	Tableau de Bord de l'étude

LISTE DES TABLEAUX

Pages

<u>Tableau I</u> : Répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle en 2010.....en annexe	en annexe
<u>Tableau II</u> : Répartition du personnel par statut en 2010.....	p. 14
<u>Tableau III</u> : Répartition des lits par service.....	p. 15
<u>Tableau IV</u> : Récapitulatif des problématiques possibles.....	p. 25
<u>Tableau V</u> : Synthèse des approches par problème spécifique.....	p. 29
<u>Tableau VI</u> : Tableau de bord de l'étude.....	p. 37
<u>Tableau VII</u> : Synthèse des activités de gestion.....	p. 42
<u>Tableau VIII</u> : Point de la population enquêtée.....	p. 51
<u>Tableau IX</u> : Présentation des résultats de l'enquête liée à l'insuffisance du CET dans les services de l'HZ-SL	p. 55
<u>Tableau X</u> : Présentation des résultats de l'enquête liée à la non formalisation des différents types de CET.....	p. 56
<u>Tableau XI</u> : Présentation des résultats de l'enquête liée à l'insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.....	p. 57
<u>Tableau XII</u> : Synthèse de l'étude sur le CET à l'HZ-SL.....	p.68

GLOSSAIRE DE L'ETUDE¹

Activité : Groupe de tâches ayant un but commun.

Attitude : Tendence générale d'un individu à agir d'une certaine façon dans certaines conditions.

Attribution des tâches : Répartition des tâches et des responsabilités entre les membres d'une équipe.

Compétence : Aptitude professionnelle requise pour s'acquitter d'une tâche. Cette aptitude requiert des connaissances, des capacités et des attitudes nécessaires pour exécuter une tâche ou mener à bien une activité.

Contrôle : Le contrôle est une fonction managériale qui se concentre sur le suivi des activités, afin de garantir leur conformité aux préconisations de départ. Il vise également à corriger tout écart trop important entre les objectifs et les performances réalisées.

Contrôle de l'exécution du travail : c'est l'ensemble des activités permettant au gestionnaire de s'assurer que les tâches qu'il a programmées sont effectivement exécutées par les bonnes personnes et au moment où elles devraient l'être.

¹ Mc MAHON et al (1993) « Si vous êtes chargé de... Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires », OMS, Genève

Coordination : Mise en relation des activités de différentes personnes les unes avec les autres pour réaliser un but commun.

Ecart : Différence entre la situation observée et ce qui était attendu.

Gestion : C'est l'action ou la manière d'exécuter un certain nombre d'activités qui permettent d'obtenir des résultats. Ces activités de la gestion comprennent la planification, l'organisation, la direction, la surveillance, le contrôle, l'encadrement et l'évaluation.

Hôpital de Zone : C'est un établissement sanitaire à caractère social de première référence compétente de par le plateau technique, capable d'assurer la prise en charge des urgences médicales, pédiatriques, obstétricales et chirurgicales pour les Centres de santé de la Zone sanitaire.

Liste de contrôle : Liste des tâches ou des activités de référence permettant de vérifier une à une pour s'assurer que chacune d'entre elles a été exécutée en conformité ou non.

Norme : C'est un critère ou un modèle faisant autorité ; en référence à l'exécution du travail ou d'une activité, c'est une quantité de travail censé être effectué ou un schéma de comportement type retenu comme référence.

Système de santé : Ensemble d'éléments reliés entre eux tels que les établissements, les personnes, les technologies et les ressources de différentes catégories conçus pour améliorer l'état de santé d'une

population en lui fournissant des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, etc. La modification d'un des éléments entraîne la modification de l'ensemble.

Tâche : Travail à effectuer dans une limite de temps par une personne identifiée ; élément d'une activité.

Zone sanitaire : C'est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé qui permet au mieux, la réalisation de la stratégie des soins de santé primaires. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, CSA, CSC) et des formations sanitaires privées appuyé par un hôpital de première référence public ou privé, le tout desservant une aire abritant 100.000 à 200.000 habitants. La zone sanitaire est dotée d'une autonomie de gestion.

RESUME

L'hôpital de Zone de Suru-Léré est un établissement sanitaire à caractère social de première référence dans la zone sanitaire Cotonou II et III. Il est compétent de par son plateau technique composé de services spécialisés qui lui confère la capacité d'assurer la prise en charge des urgences médicales, pédiatriques, obstétricales et chirurgicales.

Toutes ces fonctions sont organisées en services dans lesquels plusieurs activités sont menées par des agents hospitaliers. Ces derniers sont répartis en plusieurs catégories professionnelles qui sont les Médecins, les Sages-femmes, Infirmiers, les Techniciens de laboratoire, de radiologie, les Aides -soignants et le Personnel Administratif. Mais les activités menées par cette diversité de ressources humaines ne font pas souvent l'objet d'un contrôle méthodique.

C'est ce constat qui nous a conduit à réfléchir sur le sujet : « Contribution à la gestion méthodique du contrôle de l'exécution du travail à l'HZ-SL. »

A travers l'analyse de l'état des lieux de base, nous avons pu recenser plusieurs problèmes dont les plus importants sont : l'insuffisance de contrôle de l'exécution du travail (CET) dans les services de l'hôpital, la non formalisation des différents types du contrôle de l'exécution du travail, l'Insuffisance des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

Face à ces problèmes, l'objectif général est d'analyser les obstacles à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL. Il se décline en trois (03) objectifs spécifiques : Mesurer les facteurs qui influencent l'élaboration d'un plan du CET à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, apprécier les éléments liés à la non formalisation des différents types du CET dans l'hôpital, mesurer les facteurs qui expliquent le faible niveau des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des acteurs hospitaliers. Pour atteindre ces objectifs, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- la non élaboration du plan du CET à l'HZ-SL est à la base de l'insuffisance du contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital ;
- la non formalisation des différents types du CET explique la faible perception de l'importance du contrôle par les responsables de l'HZ-SL ;
- l'inexistence d'une formation des acteurs pour le CET justifie l'insuffisance de leurs CAP dans le domaine du CET.

Au terme des enquêtes menées, les diagnostics établis confirment les hypothèses formulées. Ce qui nous a permis de proposer des approches de solutions et des recommandations à l'endroit du Directeur de l'HZ-SL et des Chefs de services, en vue d'une gestion méthodique du CET.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Section 1 : Cadre de l'étude et état des lieux sur le contrôle de l'exécution du travail à l'HZSL

Paragraphe 1 : Présentation générale de l'HZSL

Paragraphe 2 : Etat des lieux sur le contrôle de l'exécution du travail

Section 2 : Ciblage de la problématique

Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique

Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée

CHAPITRE 1^{er} : CONCEPTION ET MISE EN APPLICATION DU CADRE

THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude : méthodes empiriques et approches théoriques

Section 2 : Collecte et analyse des données

Paragraphe 1 : Mobilisation, dépouillement et présentation des données

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

CHAPITRE 2^{ème} : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

Section 1 : Approches de solutions

Paragraphe 1 : Approches de solutions aux problèmes spécifiques n°1 et 2

Paragraphe 2 : Approches de solutions au problème spécifique n°3

Section 2 : Recommandations

Paragraphe 1 : Conditions de mise en œuvre des solutions aux problèmes n°1 et 2

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions au problème n°3

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE

Le secteur de la santé est un secteur prioritaire dans le développement d'une nation. Il exige des dirigeants politiques, la définition et la mise en œuvre de diverses stratégies en vue du bien-être des populations.

Pour ce faire, l'Etat béninois a conçu un système sanitaire dont la cartographie est fondée sur le découpage administratif et comporte diverses institutions sanitaires. Ce découpage résulte du Décret n° 98-300 du 20 juillet 1998 complété par le décret n°2005-611 du 28 septembre 2005 portant tous deux, réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones Sanitaires.

Dans le cadre du développement sanitaire, plusieurs programmes sont mis application depuis 1989 en vue de faire des formations hospitalières de véritables entreprises. Ces établissements hospitaliers ont pour mission d'assurer des soins de santé qui permettent à tout individu de retrouver sa santé aussi bien sur le plan physique, mental que social, en veillant à la gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières qui leur sont affectées.

L'hôpital est un établissement à caractère social. C'est un centre qui est structuré en plusieurs services. Le décret N°2005-611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones Sanitaires en son article 20, dispose que l'Hôpital de Zone, « de par son plateau technique, est la formation compétente capable d'assurer la prise en charge des urgences médicales, pédiatriques, obstétricales et chirurgicales. Il

joue le rôle de structure de première référence dans la zone sanitaire ». L'article 21 précise que l'HZ-SL est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion. C'est dans ce cadre que l'hôpital de Zone de Suru-Léré offre à ses clients des prestations en médecine générale, en gynécologie, en pédiatrie, en chirurgie, en radiologie et en analyses bio médicales. Toutes ces fonctions sont organisées en services dans lesquels plusieurs activités sont menées par des acteurs hospitaliers.

Les agents en service dans cet hôpital sont répartis en plusieurs catégories qui sont celles des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des techniciens de laboratoire, de radiologie, des aides-soignants et celle du personnel administratif. Ces agents sont appelés à travailler en équipe, mais les observations faites au cours de notre stage laissent supposer que les activités menées par cette diversité de ressources humaines ne font pas l'objet d'un contrôle approfondi.

Le contrôle représente l'ultime maillon sur la chaîne des fonctions managériales, permettant à toute entreprise d'atteindre ses objectifs de la manière la plus efficace et la plus performante possible.

Mais, comment est fait le contrôle de l'exécution du travail à l'hôpital de zone de Suru-Léré ?

C'est dans le but d'aider l'Hôpital de Zone de Suru-Léré (HZ-SL) à cerner les mécanismes de contrôle que nous avons voulu intervenir à travers le sujet : **«CONTRIBUTION A LA GESTION METHODIQUE DU CONTROLE DE L'EXECUTION DU TRAVAIL A L'HZSL ».**

Cette étude vise comme objectif d'analyser les obstacles de la mise en œuvre du contrôle de l'exécution des tâches à l' HZSL. Pour atteindre cet objectif, le présent travail est articulé en trois (03) chapitres :

- le chapitre préliminaire présente le cadre institutionnel de l'étude, les observations de stage et le ciblage de la problématique.
- le chapitre 1^{er} aborde la conception, la mise en application du cadre théorique et méthodologique de l'étude.
- le chapitre 2^{ème} développe les approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre.

CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Dans ce chapitre préliminaire, nous présenterons le cadre de l'étude et les observations de stage d'une part, puis le ciblage de la problématique de notre étude d'autre part.

Section 1 : Cadre de l'étude et état des lieux sur le contrôle de l'exécution du travail à l'HZ-SL

Cette section est consacrée aux généralités sur l'Hôpital de Zone de Suru-Léré puis à la restitution des mécanismes de son fonctionnement liés à la réalisation de ses principales activités.

Paragraphe 1 : Présentation générale de l'HZ-SL

Dans ce paragraphe, nous donnerons un bref aperçu sur la Zone Sanitaire de Cotonou II et III en tant qu'entité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire dont fait partie l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, qui est la structure d'accueil de notre stage de fin de formation.

I) La zone sanitaire de Cotonou II et III

A) Situation géographique

Le Bénin comporte actuellement trente quatre (34) zones sanitaires réparties dans les douze (12) départements. Celle de Cotonou II et III concerne les quatre premiers arrondissements de Cotonou avec une population estimée à 234.201 habitants selon les statistiques sanitaires nationales de 2008 éditées par le Ministère de la santé.

Créée par l'Arrêté n° 2224/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 avril 2000 la zone sanitaire de Cotonou II et III est limitée au nord et à l'est par le lac Nokoué, au sud par l'Océan Atlantique, et à l'ouest par l'arrondissement d'Agblangandan dans la Commune de Sèmè-Kpodji qui relève de la juridiction administrative du département de l'Ouémé.

B) Attributions et organisation

D'une manière générale, la zone sanitaire qui représente la subdivision périphérique du système sanitaire national en forme de pyramide a comme principales fonctions :

- l'organisation et la direction des services de santé ;
- l'exécution de tous les programmes de communautés de santé ;
- la gestion et le contrôle des budgets locaux de santé ;
- la coordination et la supervision de tous les services de santé assurés localement par les secteurs publics, privés ainsi que les organismes non gouvernementaux ;

- la promotion de bonne relation de travail avec les services de l'administration territoriale locale ;
- la préparation du plan d'action annuel et de développement ;
- la mobilisation de fonds locaux supplémentaires pour les projets d'investissement ;
- la formation en cours d'emploi du personnel de santé et des agents de santé communautaire ;
- la collecte, la compilation des données sanitaires et leur envoi aux autorités départementales et au ministère de la santé.

S'agissant de l'organisation du système sanitaire, la Zone Sanitaire Cotonou II et III dispose des composantes suivantes :

- un bureau de coordination de la zone Sanitaire, d'Agbato, de Yénawa/gankpodo ainsi que d'une importante maternité à Missessin ;
- un Hôpital de Zone (HZ) qui est l'hôpital de référence installé à Suru-Léré (Kowegbo) ;
- les centres de santé d'Avotrou, d'Ayélawadjè ;
- 121 cliniques et cabinets privés recensés en 2007 par le Bureau de Coordination de la Zone Sanitaire Cotonou II et III.

II) La structure d'accueil de stage : Hôpital de Zone de Suru-Léré

Il s'agira de présenter dans cette partie l'historique, les missions et la structure organisationnelle d'une part et d'autre part, les ressources disponibles de l'HZ-SL.

Avant d'aborder les ressources de l'HZ-SL, nous évoquerons successivement son historique, ses missions et sa structure organisationnelle.

1) Historique et Missions

a) Historique

Conformément au décret n°2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, l'hôpital de zone de Suru-Léré est un établissement hospitalier public à caractère social.

Situé à Akpakpa, à la limite des quartiers Suru-Léré et Kowegbo, au bord de la voie pavée menant des rives du lac Nokoué à l'Eglise Saint Martin au quartier Suru-Léré, l'hôpital de zone de Suru-Léré, couvre une superficie de deux (2) hectares et a une capacité d'accueil actuelle de 83 lits d'hospitalisation selon les statistiques d'octobre 2009 éditées par le Ministère de la Santé.

L'HZ-SL a effectivement démarré ses activités en mai 2004. Il est doté de la personnalité morale publique. Administrativement, cette zone sanitaire est prioritairement destinée à couvrir les besoins sanitaires de toute la population de la zone d'Akpakpa. Mais son aire sanitaire s'étend bien au-delà et couvre une partie de la commune de Sèmè-Kpodji dans le département de l'Ouémé.

En effet, de par son plateau technique, l'HZ-SL, est un important centre de référence non seulement pour toutes les formations sanitaires d'Akpakpa (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} arrondissements) mais également pour d'autres formations

sanitaires environnantes notamment celles du Département du Littoral et de la Commune de Sèmé-Kpodji dans le Département de l'Ouémé.

b) Missions

La principale mission de l'HZ-SL découle de la politique sanitaire de la République du Bénin. Il s'agit de faciliter l'accessibilité géographique des populations aux services de santé, en particulier celles de la zone sanitaire de Cotonou II et III, estimées à 234.201 habitants selon les statistiques de 2008 des mêmes sources suscitées.

L'HZ-SL prend en compte et traite en principe les cas référés des centres de santé publics et privés de la zone. Ces cas sont supposés dépasser les compétences de ces formations sanitaires. L'HZ-SL de par sa mission, a les objectifs ci-après :

- offrir les soins de bonne qualité à moindres coûts aux malades ;
- améliorer l'hygiène et la salubrité au sein de l'hôpital ;
- améliorer la gestion des ressources de l'hôpital ;
- assurer et développer l'information et l'éducation pour la santé ;
- intégrer l'HZ dans le processus de décentralisation du système de santé.

Pour mener à bien sa mission et atteindre ses objectifs, l'HZ-SL dispose d'un cadre organisationnel dans lequel il agit.

2) Structure organisationnelle de l'HZ-SL

Cette partie sera consacrée à la présentation des organes de gestion et de décision d'une part, et des différents services de l'HZ-SL d'autre part.

a) Organes de gestion et de décisions

Comme tout hôpital de zone, l'HZ-SL dispose des organes de gestion et de décision suivants :

- le Conseil de Gestion (CG) ;
- la Direction de l'Hôpital (DH) ;
- le Comité de Direction (CODIR) ;
- la Commission Médicale Consultative (CMC).

Jusqu'à ce jour, l'Hôpital de zone de Suru-Léré ne dispose pas de la Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS) prévue par la réglementation. Mais cette défaillance est suppléée par la mise en place du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

• Le Conseil de Gestion (CG)

C'est l'organe délibérant. Il fait office de Conseil d'Administration. Ainsi, conformément aux articles 8 à 16 du décret N°2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des Statuts des Hôpitaux de zone, le conseil de gestion est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de l'établissement dans les limites de ses compétences. Il se réunit en session ordinaire, deux fois par an. Ses décisions sont soumises à l'approbation de

l'autorité de tutelle qu'est le Ministre de la Santé. Le conseil de gestion est composé de :

- un (01) représentant du Directeur Départemental de la Santé ;
- un (01) président de comité de gestion de la circonscription sanitaire de commune ;
- un (01) représentant de la commune ;
- un (01) représentant des organisations non gouvernementales actives dans le domaine de la santé ;
- un (01) représentant du secteur privé libéral élu en son sein ;
- deux (2) représentants du personnel de la zone sanitaire élus en assemblée générale ;
- le médecin-coordonnateur de la zone sanitaire ;
- le directeur de l'hôpital de zone.

- **La direction de l'HZ-SL**

La direction de l'HZ-SL est assurée par un directeur nommé par Arrêté du Ministre de la Santé. Ce directeur coordonne les activités de l'HZ-SL en :

- assurant l'exécution des décisions prises par le Conseil de Gestion à qui il rend compte et qui le contrôle ;
- veillant à l'exécution du budget de l'hôpital en recettes et en dépenses, en qualité d'ordonnateur dudit budget ;
- exerçant son autorité sur tout le personnel employé par l'hôpital ;
- représentant valablement l'hôpital vis-à-vis des tiers dans les limites des pouvoirs qui lui ont été délégués par le Conseil de Gestion.

Par ailleurs, le Directeur de l'HZ est assisté notamment de :

- Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques ;
- Chef du Service des Affaires Financières ;
- Chefs des Services Médicaux et Techniques ;
- L'Infirmier général.

- **Le Comité de Direction (CODIR)**

Il est l'organe consultatif examinant les questions relatives à l'organisation générale du travail, aux effectifs, aux statuts du personnel, à l'hygiène, à la salubrité des services et à la sécurité. Il est aussi consulté pour les questions importantes telles que l'élaboration du budget et la politique générale de l'hôpital. Ce comité se réunit une fois par mois en session ordinaire. Il est convoqué par le directeur de l'hôpital soixante douze (72) heures au moins avant la date de la réunion. Le CODIR est prévu par les articles 36 et 37 du décret n°2002-0113 du 12 mars 2002.

- **La Commission Médicale Consultative (CMC)**

Elle est également prévue par le décret n°2002-0113 du 12 mars 2002 à ses articles 30 et 31. C'est un organe qui est consulté sur les principaux dossiers concernant la gestion de l'hôpital dans les domaines relatifs aux activités de santé, à l'organisation et au fonctionnement des services techniques. La CMC élit en son sein un président pour une durée de deux (2) ans renouvelables une seule fois en principe. Les avis et observations présentés par la CMC sont consignés dans un compte rendu signé du Président et remis au directeur pour exploitation.

Cet organe est composé des Médecins-Chefs des services médicaux et des responsables des services techniques. Il se réunit une (01) fois par trimestre.

b) **Les services de l'HZ-SL**

Nous distinguons les services administratifs et financiers ainsi que les services médico-techniques.

• **Les services administratifs et financiers**

Ils sont au nombre de deux (2), à savoir :

- le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) ;
- le Service des Affaires Financières (SAF) ;

• **Les services médico-techniques**

Les services médico-techniques fournissent les soins et les actes afin d'assurer la santé de la population. Ces services sont notamment :

- le service de la médecine interne ;
- le service de la maternité (gynécologie obstétrique) ;
- le service de chirurgie avec deux (2) blocs opératoires ;
- le service de pédiatrie ;
- le service d'ophtalmologie ;
- le service de kinésithérapie ;
- le service de laboratoire ;

- le service de radiologie ;
- le service de l'infirmier général (IG).

B) Les ressources de l'hôpital

Elles sont humaines, matérielles et financières.

1) Les ressources humaines et matérielles

a) Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'hôpital sont constituées du personnel médical, du personnel paramédical, du personnel administratif et du personnel d'entretien et de soutien. Le tableau I donne l'état récapitulatif de ce personnel de l'hôpital par catégorie socioprofessionnelle. (voir en annexe)

Le personnel médical est de 22 agents, le personnel paramédical est au nombre de 95 agents, le personnel administratif représente 22 agents et le personnel d'entretien et de soutien est de 14.

Tableau II : Répartition du personnel par Statut en 2010

N°	STATUT	EFFECTIFS	Taux (en %)
1	Agent Permanent de l'Etat (APE)	49	32,03
2	Agent Contractuel de l'Etat (ACE)	29	18,95
3	Agent Mesures Sociales (AMS)	30	19,61
4	Contractuel Fonds Propres (CFP)	35	22,88
5	Collectivité Locale (CL)	2	1,31
6	Autres	8	5,23
TOTAL		153	100

Source : Division Gestion Administrative et du Personnel (DGAP).

Plus des deux tiers (70,59%) de l'effectif du personnel de l'hôpital sont pris en charge par l'Etat. Il s'agit du cumul des catégories ci-après : les Agents Permanents de l'Etat 32,03% ; les Contractuels de l'Etat 18,95% ; et les Agents Mesures sociales (19,61%). L'hôpital prend en charge 22,88% de l'effectif total du personnel. Le reste des agents est composé d'agents sur financement de la Collectivité Locale et autres.

b) les ressources matérielles

C'est l'ensemble des infrastructures et des équipements dont dispose l'hôpital pour son fonctionnement. L'hôpital dispose aujourd'hui de quatre vingt trois (83) lits, des infrastructures et matériels médico-techniques en bon état, de deux (2) incinérateurs dont un n'est pas fonctionnel depuis sa construction, d'un groupe électrogène et d'un réseau téléphonique interne partiel, ainsi que de

diverses installations. Le tableau ci-dessous nous donne la répartition des lits d'hospitalisation par service.

Tableau III : Répartition des lits par service

Services médico-techniques	Nombre de lits	Taux (%)
Maternité (Gynécologie,Obtétrique)	27	32,53
Pédiatrie	16	19,28
Médecine	15	18,07
Chirurgie	21	25,30
Laboratoire	01	01,20
Radiologie	01	01,20
Oto Rhino Laryngologie (ORL)	00	00,00
Ophthalmologie	00	00,00
Kinésithérapie	02	02,41
TOTAL	83	100

Source : Résultats de nos investigations

La maternité dispose de 32,53% des lits d'hospitalisation contre 25,30% pour la Chirurgie. Quant à la Pédiatrie et la Médecine, elles disposent respectivement de 19,28% et de 18,07% du total des lits.

2) Les ressources financières

Les ressources financières regroupent l'ensemble des moyens financiers utilisés par l'hôpital pour effectuer ses différentes dépenses aussi bien de fonctionnement que d'investissement. Ces ressources sont de deux types :

- les ressources internes
- les ressources externes

a) Les ressources internes

Les ressources internes regroupent les fonds propres générés par les recettes de l'hôpital. Ces recettes sont constituées de frais de consultation, d'hospitalisation, d'actes (d'imagerie médicale, d'analyses biomédicales de diagnostic, d'échographie, de kinésithérapie, de chirurgie), et de vente de médicaments et de carnets de soins.

b) Les ressources externes

Elles proviennent du budget national constitué essentiellement des crédits délégués pour le fonctionnement de l'hôpital. Ces subventions apportées par l'Etat parviennent tardivement aux Hôpitaux de Zone et sont gérées par le Médecin-Coordonnateur de la Zone alors que le Décret n° 2002-013 du 12 mars 2002 dispose que : « l'HZ jouit d'une autonomie de gestion ».

Par ailleurs, les subventions prévues au titre des investissements sont directement gérées par le Ministère de la Santé. Notons que les subventions de l'Etat représentent une source de financement stable. Les autres apports externes sont l'ensemble des aides, dons et legs des bailleurs de fonds autres que l'Etat.

Paragraphe 2 : Restitution des observations de stage

Il est restitué dans ce paragraphe, d'une part, les observations faites, au cours du stage sur les activités des services administratifs et des services médico-techniques et d'autre part, l'analyse du contrôle de l'exécution du travail.

I) Mécanismes de fonctionnement des services de l'HZ-SL

Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) est chargé de la facturation des droits de l'hôpital, de la gestion des malades et des statistiques, de la tenue de la comptabilité-matières, de la gestion administrative et du personnel, de la maintenance et de l'entretien. Pour ce faire, il regroupe en son sein les divisions suivantes :

- la division Gestion des Malades et des Statistiques (DGMS) ;
- la Division Gestion Administrative et du personnel (DGAP) ;
- la Division de la Maintenance des Equipements (DME) ;
- la Division de l'Economat (DE).

Le service des Affaires financières (SAF) s'occupe de la gestion financière de l'Hôpital de Zone. La gestion financière concerne l'élaboration et l'exécution du budget en collaboration avec le Directeur de l'hôpital, la tenue régulière des fiches de suivi budgétaire, la programmation et l'exécution des contrôles de gestion au guichet, l'étude des modalités de passation des marchés, la présentation matérielle de l'engagement des dépenses, la tenue des opérations comptables. Ce service comprend deux (2) divisions :

- la Division du recouvrement des créances et des opérations bancaires ;

- la Division du budget et de la comptabilité.

L'hôpital dispose de huit (8) services médicaux et techniques cités ci-dessus. Chacun de ces services est sous l'autorité d'un médecin chef qui assure la prise en charge et le suivi des malades du service. A ce titre, il participe aux activités comme la consultation de référence, les traitements ambulatoires et en hospitalisation, la réalisation des examens para cliniques, les interventions gynécologiques et obstétricales programmées et d'urgence, le suivi post-opératoire, la participation à la garde dans le service, le remplacement des autres médecins de l'HZ en cas d'absence. Les activités techniques du médecin chef du service, couvrent également la participation à la formation et au recyclage du personnel ainsi qu'à la supervision des activités des formations sanitaires, au développement des recherches opérationnelles du service et de l'HZ.

II) Mécanisme de contrôle des ressources

Il s'agit des ressources humaines, matérielles et financières.

Les ressources humaines sont constituées de personnels médical, paramédical, administratif, d'entretien et de soutien dont chaque agent possède une fiche signalétique d'identification régulièrement actualisée.

Les indicateurs d'évaluation de la productivité, du rendement et du temps de travail du personnel administratif et soignant ne sont pas calculés. Ces indicateurs permettraient de vérifier si le personnel est sous-employé ou sur employé afin de prendre les décisions qui s'imposeraient en matière d'efficience. Les agents accusent un retard de trente minutes à une heure à arriver à leur poste de travail, ce qui entraîne une répercussion négative sur le démarrage des activités de prise

en charge des clients de l'hôpital. Il n'existe pas un cahier de présence qui mentionne les heures d'arrivée et de départ des travailleurs. Il n'y a pas un système de contrôle pour vérifier la présence effective des agents à leur poste de travail aux heures fixées par la réglementation en vigueur. Les absences ne font pas toujours l'objet d'autorisation et le temps consacré au travail s'en trouve réduit. Il arrive parfois de constater que c'est un chirurgien qui intervient en lieu et place du Médecin gynécologue absent à son poste de travail, dans les cas d'urgence obstétricale pour les accouchements par césarienne.

Au niveau de la Direction, du SAAE et du SAF, il n'est pas prévu des réunions périodiques entre Chefs de Service et le Directeur d'une part et entre les Chefs de Division et le Chef de Service d'autre part. Cette situation ne permet pas de développer la culture du travail en équipe. Cependant, un Comité de Direction se tient mensuellement entre les Chefs de Services administratifs, médicaux et techniques, les surveillants de pavillon et le Directeur de l'hôpital.

Les médecins ne consacrent pas systématiquement leur temps aux activités de consultation. C'est souvent les infirmiers qui s'en chargent, alors que ces derniers n'ont pas reçu la formation adéquate. Cette situation est souvent à l'origine de certaines erreurs de diagnostic, aggravant ainsi l'état de santé des malades. Les outils de contrôle mis en place ne sont pas suffisants pour apporter des actions correctives à cette situation.

La gestion des unités auxiliaires et plus particulièrement celle de la garde des motos des clients de l'hôpital, est défailante du point de vue de la sécurisation des biens. Plusieurs motos ont déjà fait l'objet de vol ou de substitution par le manque de contrôle ou de surveillance étroite de la part des agents chargés d'en

assurer la garde. L'Administration de l'hôpital est souvent obligée de procéder au remboursement du prix des motos volés, ce qui entraîne une diversion des ressources financières mobilisées par l'hôpital.

Les toilettes de l'hôpital ne sont pas bien entretenues et les malades et autres clients ont des difficultés à en faire usage.

Les repas servis aux malades hospitalisés ne sont pas toujours des mets de bonne qualité qui contribuent à l'amélioration de leur état de santé, alors que la nutrition constitue un élément important dans le processus du rétablissement de la santé d'un malade.

La gestion de la garde des motos, des toilettes et de la cuisine sont toutes des unités auxiliaires sous la tutelle de la division de l'économat. Nous constatons de ce fait qu'aucun système de contrôle approprié ne s'exerce sur ces différentes activités ; ce qui entraîne des désagréments aussi bien pour les malades, les clients que pour la direction de l'hôpital.

Les supérieurs hiérarchiques n'exercent pas un contrôle continu sur les tâches effectuées par les subordonnés.

Les ressources matérielles, les équipements et bâtiments sont plus ou moins entretenus.

Il a été observé que l'expression des besoins en consommables médicaux, produits pharmaceutiques et fournitures de bureau ne repose sur aucune base rationnelle. Les demandes sont faites systématiquement tous les jours sans aucune obligation pour les services de justifier les quantités restantes et ce, en

l'absence des fiches de stocks. Cette absence d'utilisation de fiches de stocks par les services, empêche un contrôle fiable des biens consommés.

A la pharmacie, les fiches de stocks ne sont pas régulièrement mises à jour. Cette situation favorise de fréquentes ruptures de stocks et d'avaries de consommables médicaux et de produits pharmaceutiques. Il est à noter l'absence d'un rangement prédéfini des produits et l'exiguïté du magasin.

La caisse encaisse les recettes des prestations hospitalières qui proviennent de la vente des médicaments, des frais de consultation, d'hospitalisation, des frais relatifs aux analyses biomédicales, aux examens radiographiques puis rend compte au Chef de service. Les différentes tâches liées à toutes ces activités se réalisaient manuellement par les caissières. Cette situation leur permettait d'annuler ou de modifier une opération déjà enregistrée. Cette méthode de travail ne favorisait pas le contrôle de l'exécution des tâches par le Chef du Service Administratif et Financier.

Mais, depuis octobre 2010, la caisse a été informatisée avec la mise en place du logiciel Perfecto. Chaque caissière dispose d'un micro ordinateur pour l'enregistrement de toutes les opérations. Le logiciel Perfecto a été installé et est fonctionnel à travers un réseau intranet. Ce logiciel facilite les opérations et il n'est plus possible à un agent de manipuler les enregistrements effectués. C'est le Chef de service seul qui est en mesure de modifier ou d'annuler une opération. Cette réforme permet à ce dernier d'exercer un contrôle sur les activités des caissières et des autres collaborateurs depuis son bureau.

Section 2 : Ciblage de la problématique

Le ciblage consiste d'une part à choisir une problématique et à la spécifier et d'autre part à déterminer la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique.

La problématique sera choisie à partir de l'inventaire de l'état des lieux.

I) Inventaire des éléments de l'état des lieux de base

Il s'agit d'énumérer, à partir de la restitution des mécanismes de fonctionnement, les atouts et problèmes identifiés à l'HZ-SL.

A) Inventaire des atouts (Forces et opportunités)

- Déroulement du travail dans une ambiance conviviale ;
- Organisation interne des services médicaux et techniques ;
- Présence d'unité de recouvrement ;
- Respect de la procédure d'engagement ;
- Existence de logiciel Perfecto à la comptabilité.

B) Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces)

- Inexistence d'indicateurs d'évaluation de la productivité, du rendement et du temps de travail du personnel ;
- Absence de cahier de présence dans les services ;
- Non autorisation des absences ;
- Dysfonctionnement des activités dans les services ;
- Irrégularité dans la tenue des réunions entre Chefs de service et les collaborateurs ;
- Mauvaise gestion des provisions alimentaires à la cuisine ;
- Manque d'une surveillance étroite de la garde des motos ;
- Déficit de personnel ;
- Non fonctionnalité de la Division Maintenance des Equipements ;
- Non finalisation des descriptions de poste ;
- Absence d'un service d'accueil ;
- Absence de fiches de stocks ;
- Manque de locaux appropriés pour certaines activités ;
- Système de motivation discriminatoire ;
- Insuffisance d'informations relatives au personnel par défaut de collaboration adéquate entre responsables ;
- Insuffisance du personnel commis à l'exécution des tâches de gestion et des soins ;
- Faible autonomie de gestion des crédits délégués ;
- Insuffisance de matériel informatique ;

- Existence de longues files d'attente devant la caisse ;
- Quasi-inexistence d'une comptabilité analytique ;
- Absence de manuels de procédures ;
- Caractère non performant du recouvrement des créances ;
- Dysfonctionnement de la section statistique ;
- Exigüité du magasin ;
- Absence de rangement prédéfini pour le stockage des consommables et fournitures médicaux.
- Insuffisance du contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital.

II) **Choix de la problématique**

Une fois les problèmes inventoriés, nous avons essayé de les regrouper par centre d'intérêt afin de dégager les différentes problématiques. Ensuite, nous avons procédé au choix de l'une des problématiques que nous justifierons.

A) Regroupement des problèmes par centres d'intérêt

Les différents problèmes inventoriés ont été regroupés en quatre centres d'intérêt comme le montre le tableau III ci-après :

Tableau IV : Récapitulatif des problématiques possibles

Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
Gestion des Ressources Humaines	-indisponibilité de certains agents - Système de motivation discriminatoire -Insuffisance d'informations concernant le personnel	-Gestion non qualitative des ressources Humaines	Problématique de la gestion qualitative des Ressources Humaines
Organisation interne de l'hôpital	-Manque de locaux -Insuffisance de matériels informatiques -Dysfonctionnement de la section statistique	Mauvaise organisation interne de l'Hôpital	Problématique d'une amélioration de l'organisation interne de l'HZ-SL
Contrôle de l'exécution du travail	- L'Insuffisance de contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital - La non formalisation des différents types du CET -L'Insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET	Entraves à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL	Problématique de la gestion méthodique du CET à l'HZ-SL
Mise en place d'un système d'informations hospitalières (SIH)	-Non complétude des informations sur le personnel -Absence de réseau d'information normalisé - Non maîtrise des taux de réalisation des activités liées à la gestion des ressources humaines	Difficulté dans la gestion des informations.	Problématique de la mise en place d'un système d'informations hospitalières (SIH)

Source : Résultats de nos investigations

B) Formulation et Justification du sujet

Il s'avère nécessaire que l'Hôpital de Zone de Suru-Léré résolve les différents problèmes identifiés et regroupés en quatre (4) centres d'intérêts en vue d'une pérennisation de ses activités et de l'amélioration de sa performance. Le choix de notre problématique devrait tenir compte à la fois des connaissances acquises au cours de notre formation notamment en Management des Services Publics, et des problèmes pertinents posés par notre structure d'accueil. La problématique concernant la gestion non qualitative des ressources humaines et celle relative à la mauvaise organisation interne de l'hôpital sont en cours de résolution au sein de l'hôpital. Pour cela nous avons ciblé les deux autres problématiques que sont :

- la difficulté dans la gestion des informations ;
- les entraves à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL.

Etant donné que notre étude ne peut porter que sur une seule problématique et n'ayant pas une expertise sur la première des deux problématiques ciblées, nous avons décidé de l'orienter sur celle relative aux entraves à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL.

Les problèmes spécifiques afférents au contrôle de l'exécution du travail paraissent plus intéressants et plus importants en ce sens que le contrôle est une fonction managériale qui se concentre sur le suivi des activités afin de garantir leur conformité aux prévisions de départ. Il vise également à corriger tout écart trop important entre les objectifs et les performances réalisées. Ainsi, nous nous proposons de réfléchir sur la contribution à la gestion méthodique du contrôle de l'exécution du travail à l'HZ-SL, et nous choisissons la problématique en

conséquence. Rappelons que cette problématique se fonde sur le problème général intitulé : les entraves à la mise en œuvre du contrôle de l'exécution du travail à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré. Les problèmes spécifiques (Ps) relevant de ce problème général sont :

- l'Insuffisance de contrôle de l'exécution du travail (Ps n°1) ;
- la non formalisation des différents types du CET (Ps n°2) ;
- l'Insuffisance des CAP des acteurs de l'HZ-SL dans le domaine du CET (Ps n°3).

Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée

Une fois la problématique choisie, il nous paraît opportun de la spécifier, de penser à la manière de résoudre les problèmes et de déterminer les différentes séquences de résolution.

I-) Vision globale de résolution de la problématique choisie

Cette vision globale est l'approche selon laquelle nous analyserons et résoudrons les problèmes spécifiques sélectionnés et, à terme, le problème général.

Le problème général identifié fait ressortir le contrôle de l'exécution du travail non méthodique à l'HZ-SL.

En ce qui concerne le problème spécifique n°1 relatif à l'Insuffisance de contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital, il faut préciser que les responsables de pavillon et les chefs de services font un contrôle continu des

activités exécutées par les agents exerçant sous leur responsabilité. Mais, ce contrôle n'est pas enregistré ; il n'existe donc pas de fiches de contrôle permettant un bon suivi des activités administratives et de soins. Ainsi, ce problème peut être à la base de certains dysfonctionnements observés dans la réalisation des différentes activités, et de ce fait, peut porter atteinte à la réalisation des objectifs fixés. Cependant, l'HZ-SL peut élaborer un plan de contrôle de l'exécution du travail à partir des données transcrites dans le dossier du malade. La résolution de ce problème spécifique nécessitera le choix d'une approche théorique basée sur l'apprentissage de l'élaboration d'un plan de contrôle.

A propos du problème spécifique n°2 relatif à la non formalisation des différents types du CET, nous pouvons dire que c'est le contrôle sporadique qui est appliqué dans l'hôpital. C'est un contrôle irrégulier qui ne favorise pas le suivi des activités ; il ne permet pas à l'hôpital d'atteindre les objectifs fixés. C'est la raison pour laquelle, il est important de formaliser le contrôle préventif et continu.

Quant au problème spécifique n°3 relatif à l'Insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET, il est important de renforcer les capacités des acteurs dans les domaines du savoir, du savoir être et du savoir faire en matière de contrôle.

A) Synthèse des approches retenues

Les approches retenues sur le CET se résument dans le tableau ci-dessous :

Tableau V : Synthèse des approches par problème spécifique

Niveaux Spécifiques	Problèmes spécifiques	Approches retenues
1	L'Insuffisance de contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital	Approche générique basée sur l'élaboration d'un schéma global de contrôle.
2	La non formalisation des différents types du CET	Approche théorique basée sur le caractère formel du contrôle préventif et continu.
3	L'Insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET	Modèle pratique d'apprentissage basé sur le contrôle par les pairs entre les Chefs de Service et les Chefs de Division.

Source : Conçu sur la base de nos investigations.

B) Séquence de résolution de la problématique

Douze (12) étapes, telles qu'énumérées ci-dessous, nous permettront de résoudre la problématique de notre étude :

- 1- Fixation des objectifs de recherche ;
- 2- Identification des causes des problèmes spécifiques ;
- 3- Formulation des hypothèses de recherche ;
- 4- Construction du tableau de bord de l'étude ;

- 5- Revue de littérature ;
- 6- Choix de l'outil de mobilisation des données ;
- 7- Choix de l'outil d'analyse des données ;
- 8- Mobilisation des données ;
- 9- Etablissement du diagnostic ;
- 10-Approches de solutions ;
- 11-Conditions de mise en œuvre des solutions ;
- 12-Construction du tableau de synthèse de l'étude.

Conclusion partielle

Les services administratifs, médicaux et techniques de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré constituent le cadre de notre étude. Les observations sur le fonctionnement de ces services nous ont permis de relever certaines forces et faiblesses. L'inventaire des problèmes, a permis leur regroupement en différents centres d'intérêts, puis le choix de la problématique de l'étude.

Enfin, la vision globale de résolution a été énoncée après avoir retenu le sujet. Ce qui conduit à proposer le chapitre suivant sur « La Conception et la Mise en Application du Cadre Théorique et Méthodologique de l'Etude ».

CHAPITRE 1^{er} : CONCEPTION ET MISE EN APPLICATION DU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Après avoir énoncé dans le chapitre précédent la vision globale de résolution de la problématique et les étapes de la recherche, nous allons formuler dans le présent, les objectifs et les hypothèses à présenter dans le tableau de bord de l'étude. Enfin, nous aborderons la revue de la littérature et la méthodologie de travail.

Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Cette section fixe l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'étude et détermine les causes plausibles permettant la formulation des hypothèses. Enfin, le tableau de bord de l'étude présenté comme un récapitulatif restitue le cadre conceptuel de notre étude.

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature

Il convient de faire un rappel des problèmes à résoudre avant de fixer les objectifs de l'étude :

Problème général

Les entraves à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL

Problèmes spécifiques

- 1- L'Insuffisance de contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital ;
- 2- La non formalisation des différents types du CET ;
- 3- L'Insuffisance des connaissances, attitudes et pratiques(CAP) des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

I) Objectifs de l'étude

Il s'agit de fixer les objectifs de l'étude selon les problèmes spécifiques à résoudre.

A) Objectif général

La formulation de l'objectif général qui découle du problème général est le suivant :

Analyser les obstacles au contrôle de l'exécution du travail (CET) à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré.

B) Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont formulés à partir des problèmes spécifiques et ce présente comme ci-après :

- Mesurer les facteurs influençant l'élaboration d'un plan du CET à HZ-SL ;
- Apprécier les éléments liés à la non formalisation des différents types du CET ;

- Mesurer les facteurs qui expliquent le faible niveau des connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

Quels sont les liens de causalités des problèmes sélectionnés ?

II) Causes et hypothèses liées à la problématique choisie

A) Cause et hypothèse liée au problème spécifique n°1

Pour expliquer l'insuffisance de contrôle de l'exécution du travail, nous avons identifié comme cause possible que l'HZ-SL n'a pas élaboré un plan du CET.

Il faut reconnaître que le concept « contrôle » est sensible dans les organisations en général, et dans l'Administration Publique en particulier. En effet, le contrôle est souvent perçu comme une surveillance des individus en vue de leur faire subir une sanction négative. Or il consiste plutôt à la vérification par le supérieur, de la conformité de l'exécution des tâches aux ordres et instructions donnés. En tant que tel, il est à l'initiative du supérieur qui récompense ou punit selon les cas. Ce type de contrôle correspond à un style de direction autocratique et n'est pas très apprécié des individus qui le subissent ; car il engendre un climat de méfiance, une infantilisation et une déresponsabilisation des subordonnés, entraînant une faible efficacité technique et relationnelle. C'est la raison pour laquelle, les travailleurs évitent par divers comportements cette fonction managériale qu'est le contrôle et c'est sûrement le cas de l'HZ-SL.

Mais, la Direction de l'hôpital devrait concevoir le contrôle dans le sens de la maîtrise d'une situation. Le contrôle correspond alors à une analyse de situation menée en commun par le supérieur et son subordonné pour rechercher les

actions adéquates à mettre en œuvre. Il a lieu donc à des dates prévues et fixées à l'avance sauf si un problème imprévu survient. Il vise à améliorer l'efficacité de l'action individuelle et collective et, à assurer par cela même, le bon fonctionnement de toute l'organisation. Le contrôle de type maîtrise d'une situation est fonctionnel avant d'être hiérarchique. Il est centré sur l'action ou ses résultats et se veut être positif et constructif plutôt que négatif et destructeur. Il se préoccupe du futur et non du passé.

La perception du contrôle du type hiérarchique, correspondant à un style de direction autocratique communément en usage dans l'administration publique tout comme à HZ-SL, est erronée au regard de celui du type de maîtrise d'une situation. Une telle perception erronée du contrôle nous amène à conclure que la cause liée à la non élaboration d'un plan du CET par l' HZ-SL expliquant l'inexistence du CET, semble plausible. Cette cause plausible conduit à formuler l'hypothèse suivante : le fait que les acteurs hospitaliers n'ont pas élaboré un plan de contrôle, est à la base de l'inexistence du CET dans les services de l'hôpital.

B) Cause et hypothèse liée au problème spécifique n°2

En recherchant les déterminants de la non formalisation des différents types du CET, nous avons identifié comme cause possible, la faible perception de l'importance du CET par les responsables de l'HZ-SL.

Il est important de préciser que le contrôle préventif est orienté vers l'avenir et conçu pour anticiper sur les problèmes. Quant au contrôle continu qui

intervient pendant le déroulement de l'activité, il est comparable à la recherche-action et permet de corriger les écarts en temps opportun.

Ces différents types de contrôle permettant un bon suivi des activités ne sont pas toujours appliqués à l'HZ-SL, au regard des dysfonctionnements observés. A cet effet, l'hypothèse suivante peut être formulée : la non formalisation des différents types du CET explique la faible perception de l'importance du contrôle par les responsables de l'HZ-SL.

C) Cause et hypothèse liée au problème spécifique n°3

En ce qui concerne le problème spécifique lié à l'insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET, nous avons retenu comme cause possible que les acteurs de l'HZ-SL ne sont pas formés dans le domaine du CET. Nous pourrions a priori penser que l'Administration de l'hôpital s'intéresse peu à la formation des agents en matière de contrôle de l'exécution du travail. C'est ce qui explique que ce type de formation n'est pas prévu dans le plan de formation de l'hôpital. Pour ce faire, l'hypothèse suivante peut être proposée : l'inexistence d'une formation des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET justifie l'insuffisance de leurs connaissances, attitudes et pratiques dans le domaine du CET.

III) Synthèse des préoccupations et tableau de bord de l'étude

A) Synthèse des préoccupations

Le problème général de l'étude est l'ensemble des entraves à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL.

Les problèmes spécifiques sont :

- l'insuffisance de contrôle de l'exécution du travail ;
- la non formalisation des différents types du CET dans les services ;
- l'insuffisance des connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

Les objectifs fixés se présentent comme suit :

- mesurer les facteurs influençant l'élaboration d'un plan du CET à HZ-SL ;
- apprécier les éléments liés à la non formalisation des différents types du CET ;
- mesurer les facteurs qui expliquent le faible niveau des connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

B) Tableau de Bord de l'Etude (TBE)

Tableau VI : Tableau de bord de l'étude sur le CET à l'HZ-SL

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes	Hypothèses
Niveau général	Les entraves à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL	Analyser les obstacles à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL	-----	-----
Niveaux spécifiques	1 Insuffisance de contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital	Mesurer les facteurs influençant l'élaboration d'un plan du CET à HZ-SL	La non élaboration du plan du CET à HZ-SL	La non élaboration du plan du CET à l'HZ-SL explique l'insuffisance du contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital
	2 La non formalisation des différents types du CET	Apprécier les éléments liés à la non formalisation des différents types du CET	La faible perception de l'importance du CET par les responsables de l'HZ-SL	La non formalisation des différents types du CET explique la faible perception de l'importance du contrôle par les responsables de l'HZ-SL
	3 Insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET	Mesurer les facteurs qui expliquent le faible niveau des connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET	L'inexistence d'une formation des acteurs hospitaliers pour le CET.	L'inexistence d'une formation des acteurs pour le CET justifie l'insuffisance de leurs CAP dans le domaine du CET

Source : Résultats de nos investigations

Il est bien indiqué dans tout travail de recherche, de présenter la revue de la littérature qui permet de prendre au préalable connaissance des travaux réalisés dans ce domaine.

IV) Revue de la littérature

Nous ferons ici le point des connaissances sur le sujet en étude à travers la revue de la littérature avant d'aborder la méthodologie.

La revue de littérature sommaire nous permet de faire référence à des théories de certains auteurs qui ont abordé sous divers aspects le problème général et les problèmes spécifiques concernant notre étude. Cet exercice se fera à l'aide des thématiques retenues au niveau de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée. Nous ferons ainsi le point des connaissances liées au problème général en résolution qui concerne les entraves à la mise en œuvre du contrôle de l'exécution du travail à l'HZ-SL et celles en rapport avec les problèmes spécifiques en résolution.

L'ensemble de la documentation obtenue renseigne, d'une part sur l'analyse diagnostique des entraves à la mise en œuvre du contrôle de l'exécution du travail, et d'autre part sur l'amélioration de cette situation.

Pour approfondir nos recherches et renforcer notre documentation, les ouvrages de la bibliothèque de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), des Centres de documentation du Ministère de la Santé et de l'Université Africaine du Développement Coopératif (UADC) ont été consultés, et quelques ouvrages ont été acquis.

Les opérations de recherche ont eu pour but de nous renseigner sur les travaux déjà effectués dans le domaine et les solutions apportées aux problèmes relatifs au contrôle de l'exécution du travail. A cet effet, nous avons consulté des ouvrages, des rapports, des manuels, des mémoires de fin de formation afférents à la question.

A) Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'insuffisance du contrôle de l'exécution du travail

L'activité de gestion se décompose en quatre grandes composantes : la planification, l'organisation, la direction et le contrôle. Tout gestionnaire planifie les activités, organise son milieu de travail, dirige et motive le personnel, puis contrôle ce qui est fait pour s'assurer que l'entreprise atteint les objectifs fixés.

Henri FAYOL a précisé ce qu'il convenait d'entendre par administrer. Selon lui, « administrer, c'est prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler ». Aussi a-t-il précisé que :

- « Prévoir : C'est essayer de préciser ce que sera l'avenir en fonction des hypothèses qui peuvent être raisonnablement faites aussi bien sur l'environnement que sur l'évolution interne de l'entreprise. Ainsi définir la prévision, implique la préparation de la structure à l'avenir. Mais la prévision peut consister, plus simplement, à recenser les besoins qu'il faudra satisfaire à court terme dans tel service pour réaliser tel objectif ».
- « Organiser : C'est trouver le meilleur système de mise en utilisation des ressources disponibles pour atteindre les objectifs fixés ». L'organisation peut porter sur la Zone Sanitaire dans son ensemble, sur un service ou tout simplement sur un poste de travail.

- « Commander : C'est préciser et déterminer l'activité professionnelle de ses subordonnés ».
- « Coordonner : C'est veiller à ce que les actions se développent de façon cohérente et convergent vers un même objectif ».
- « Contrôler : C'est s'assurer qu'il y a conformité entre la réalité et ce qui a été ordonné, préconisé ou prévu ».

Cette conception d'Henri FAYOL sur ce qu'il convenait d'entendre par administrer, est reprise par la CADZS (2003), dans « Module de formation des membres de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire : gestion administrative », dans l'initiative de renforcement des CAP du personnel sanitaire. Il y est stipulé que :

- « A tous les niveaux hiérarchiques, dans tous les centres de santé composant la Zone Sanitaire, il existe des actions qui font intervenir un ou plusieurs de ces verbes ».
- « Chaque fois que la sage-femme prévoit le nombre de gants nécessaires pour les consultations prénatales, ou le Directeur de l'Hôpital de Zone contrôle l'évolution de l'absentéisme de son personnel, tout un chacun d'eux est amené à administrer. C'est pourquoi la fonction administrative ne peut être isolée de toute fonction technique. Elle est répandue, diffuse dans tous les éléments composant la Zone Sanitaire ».
- « Cependant, il existe souvent des services dits administratifs. Ce sont des services qui facilitent, préparent ou déterminent l'activité de l'ensemble des autres services techniques. Ces services administratifs qui rassemblent, traitent, diffusent les informations constituent donc les organes indispensables à la fonction administrative dans une entreprise. C'est à ce titre qu'on peut les qualifier d'administratifs et non pas parce que les travaux qu'on y accomplit,

exigent plus que tous les autres de prévoir, d'organiser, de commander, de coordonner et de contrôler ».

- « Par souci de rigueur, il est indispensable de donner une idée des tâches qui relèvent de la gestion ».

Tableau VII : Synthèse des activités de gestion

A D M I N I S T R A T I O N		DIRECTION	GESTION
	PREVOIR	-Planifier en émettant des hypothèses sur l'environnement et l'évolution du marché à long terme (plus de 5 ans).	-Prévisions à court terme, établissement des budgets prévisionnels.
	ORGANISER	-Mise au point des stratégies. Adaptation des structures.	-Recherche de la meilleure combinaison des ressources dont on dispose en vue d'optimiser un résultat. -Utilisation des techniques modernes de gestion (à base de mathématiques)
	COMMANDER	-Diffusion des objectifs généraux. -Traduction de leurs implications à chaque niveau hiérarchique.	-Elaboration des directives, formulation des ordres pour assurer l'exécution des travaux.
	COORDONNER	-Harmonisation des objectifs poursuivis par chaque fonction et contrôle de leur concordance avec l'objectif à long terme ; -Comité de direction.	-Harmonisation des activités à l'intérieur de chaque service.
	CONTROLLER	-Contrôle de l'évolution réelle par rapport à l'évolution prévue.	-Contrôle de l'exécution des travaux. -Contrôle des réalisations par rapport au budget prévisionnel.

Source : CADZS, (2003) « Module de formation des membres de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire : gestion administrative »

Selon LAFLAMME (1981), « le contrôle est un processus qui peut se concevoir comme un thermostat ajustant au degré désiré, une température soumise à des influences environnantes diverses ; ou encore à la manière d'une soupape de sûreté qui permet un nouvel équilibre lorsque la pression interne est trop forte.»

Quant à Félicienne GUINIKOUKOU (2001), «le contrôle est la vérification de la conformité à une norme, d'une décision, d'une situation, d'un comportement. C'est une opération consistant à vérifier si un organe public ou un particulier respecte les exigences de leurs fonctions ou des règles qui s'imposent à eux»

Le contrôle permet de s'assurer qu'une action confiée à une personne ou à un organe se déroule conformément à la réglementation ou aux normes établies. Toutefois, le contrôle a évolué et au-delà de la conformité aux normes, il s'étend au rendement ; c'est-à-dire la recherche d'économie, d'efficience et d'efficacité de l'action.

En ce qui concerne le contrôle de l'exécution du travail, il est « l'ensemble des activités permettant au gestionnaire de s'assurer que les tâches qu'il a programmées sont effectivement exécutées par les bonnes personnes et au moment où elles devraient l'être ».²

« Il ne s'agit pas d'un contrôle de la vie affective, émotive et extraprofessionnelle des employés, mais plutôt du contrôle des activités professionnelles menées par ces derniers ».³

² ROBBINS, S. et De CENZO, D. (2008) « Management : l'essentiel des concepts et pratiques », Nouveaux horizons

³ Idem

B) Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'inexistence de plan de contrôle

En ce qui concerne, le problème spécifique relatif à l'élaboration de plan de contrôle de l'exécution du travail, il est important de noter que selon MC MAHON (1993 p. 111), un plan de travail doit être élaboré avant le plan de contrôle.

Un plan de travail indique ce qu'un travailleur ou une équipe de travailleurs doit faire, ainsi que le jour et l'heure où le travail doit être fait. Il est particulièrement utile pour les personnels isolés ou qui travaillent avec quelques autres personnes seulement. Il permet non seulement à l'agent responsable de l'équipe de savoir ce que fait l'équipe tel jour et à telle heure mais aussi à chaque travailleur membre de l'équipe d'utiliser son temps de façon optimale. Un plan de travail doit être aussi spécifique que possible.

Dans le contexte de l'HZ-SL, les agents de santé devraient établir leur propre programme de travail et en discuter avec le chef d'équipe qui l'inclura dans le programme de l'ensemble de l'équipe.

De ces définitions, il ressort qu'il existe un lien étroit entre le processus de planification et le processus de contrôle. Il faut nécessairement que des objectifs soient fixés, que des plans d'actions soient élaborés, que des normes de rendement et d'efficacité des programmes soient élaborés avant de pouvoir évaluer le niveau de réalisation atteint dans chacune des activités retenues. Cependant, il ne peut y avoir de mécanismes de contrôle s'il n'y avait pas de plans d'action.

C) Exposé des contributions antérieures sur la non formalisation des différents types du CET

La non formalisation des différents types du CET dans l'exécution du travail pourra être améliorée par la connaissance des méthodes de contrôle dans une équipe de travail. En effet, d'après Robbins et De Cenzo (2008), « un contrôle régulier joue un rôle crucial dans les résultats d'une entreprise et représente une fonction importante du management. Sans contrôle régulier, les managers n'auraient jamais assez d'informations pour résoudre les problèmes, prendre des décisions, ou mettre en œuvre des mesures appropriées. Comment doivent-ils s'y prendre pour exercer cette fonction de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible ? » Pour répondre à cette question, il convient d'examiner les qualités d'un système de contrôle régulier et efficace.

Quelles sont les qualités d'un système de contrôle efficace ?

Les systèmes de contrôle les plus efficaces partagent souvent un certain nombre de caractéristiques communes. Si l'importance de ces caractéristiques varie en fonction de la situation, celles qui suivent devraient garantir dans la majorité des cas l'efficacité du contrôle :

- **La rigueur** : Si le système de contrôle génère des informations inexactes, le manager risque de ne pas réagir lorsqu'il le devrait, ou de s'attaquer à un problème qui n'existe pas. Un système de contrôle rigoureux doit être fiable et produire des données valides.
- **La rapidité** : Les contrôles doivent alerter à temps le manager pour prévenir toute dégradation sérieuse des performances. La meilleure information n'a que peu de

valeur si elle est périmée. Un système de contrôle efficace doit donc garantir une transmission rapide des informations.

- **L'économie** : Les systèmes de contrôle doivent être économiquement rentables. Ils doivent justifier leur utilité par rapport aux coûts qu'ils induisent. Pour minimiser les coûts, le manager doit faire en sorte de ne mettre en place que les contrôles strictement nécessaires à l'obtention des résultats désirés.
- **La flexibilité** : Les contrôles doivent être suffisamment flexibles pour s'adapter aux problèmes et tirer profit de toute nouvelle opportunité.
- **La clarté** : Les contrôles difficiles à comprendre n'ont aucun intérêt. En conséquence, il sera parfois nécessaire de remplacer certains instruments sophistiqués par d'autres moins complexes. Un système de contrôle difficile à appréhender peut entraîner d'inutiles erreurs, frustrer les employés, et finir même par être abandonné.
- **La rationalité des critères** : Les normes de performance fixées doivent être raisonnables et accessibles. Si elles sont trop élevées, ou irréalistes, elles n'alimentent plus la motivation. La plupart des employés s'abstiendront de prendre le risque d'être taxés d'incompétents pour avoir osé critiquer les exigences démesurées de leurs supérieurs. Dès lors, la déontologie et la légalité de leur activité peuvent s'en trouver menacées. Les contrôles, tout en restant rationnel, doivent instaurer des normes ambitieuses qui incitent les travailleurs à se dépasser, sans toutefois les démotiver ni encourager la fraude.

- **La localisation stratégique** : Dans une entreprise, le manager ne peut pas tout contrôler. Et même s'il le pouvait, l'intérêt du contrôle ne justifierait pas les coûts engendrés. Les managers doivent donc établir des contrôles sur les facteurs qui revêtent une importance stratégique quant aux performances de l'entreprise. Ces contrôles doivent couvrir les activités, les opérations et les événements les plus critiques. En d'autres termes, ils doivent être concentrés là où les écarts ont le plus de chances de survenir, ou risquent de causer les plus gros dégâts.
- **La priorité aux exceptions** : Etant donné qu'ils ne peuvent contrôler l'ensemble des activités, les managers doivent mettre en place leurs instruments de contrôle de manière à n'être alertés qu'en cas d'évènement exceptionnel. Un tel système leur assure de ne pas se trouver submergés d'informations au moindre écart de performance.
- **La multiplicité des critères** : Autant les managers que les employés recherchent à faire bonne impression sur les critères contrôlés. Si les contrôles mis en place par la direction ne mesurent qu'une seule donnée, les bénéfiques par exemple, les efforts porteront uniquement sur ce seul point. Une mesure diversifiée des performances permettra d'élargir le champ des préoccupations. Les critères multiples présentent un double avantage. Plus difficiles à manipuler qu'un critère unique, ils peuvent dissuader les employés qui tenteraient de jouer sur les apparences pour frauder. En outre, si l'utilisation d'un seul indicateur est rarement propice à une évaluation objective, les critères multiples quant à eux permettent d'obtenir une mesure plus précise des performances.
- **L'action corrective** : Un système de contrôle efficace ne se contentera pas de signaler l'apparition d'un écart de performances significatif, mais indiquera

également l'action qui devrait être entreprise pour le corriger. Il doit être tout à la fois capable de souligner les problèmes et de fournir leurs solutions.

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude : méthodes empirique et théorique

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé deux méthodes : les approches théorique et empirique.

I) Approche théorique retenue

Nous avons retenu des repères d'amélioration de la problématique et conçu les outils appropriés d'analyse des données à recueillir.

A) Repères d'amélioration de la problématique

Les repères d'amélioration de la problématique retenus, se rapportent aux différents problèmes que notre étude envisage de résoudre.

1) Repères d'amélioration du problème n°1

Les repères d'amélioration de ce problème feront ressortir les aspects qui montreront que l'élaboration d'un plan de contrôle de l'exécution du travail est importante. Pour ce faire, il s'agira de donner la preuve de l'existence d'un plan de travail, d'une description des tâches et des fiches de contrôle faisant du CET une activité formelle en vue d'un développement harmonieux des activités hospitalières. De tels documents constituent de guides évolutifs importants pour toutes les opérations du CET.

2) Repères d'amélioration du problème n°2

La formalisation de contrôle de l'exécution du travail est indispensable pour améliorer la qualité des soins à l'Hôpital. A ce titre une bonne politique de contrôle sera retenue comme approche théorique basée sur l'application du contrôle préventif et continu.

3) Repères d'amélioration du problème n°3

Les repères d'amélioration de ce problème répondent à la condition d'élaboration d'un plan de formation pour renforcer les connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

II) Approche empirique retenue

A ce niveau, il s'agit de faire part de la méthode d'enquête retenue à travers les étapes suivantes :

- Objectif de l'enquête ;
- Cadre de l'enquête et population mère ;
- Nature de la collecte des données ;
- Spécification des données à mobiliser ;
- Conception des questions d'enquête ;
- Technique de dépouillement ;
- Outil de présentation des données.

A) Les objectifs de l'enquête

Ces objectifs visent essentiellement à vérifier les différentes hypothèses formulées dans le travail de recherche. Ainsi de manière spécifique, les investigations permettent de savoir à quoi est due :

- l'insuffisance du contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital ;
- la non formalisation des différents types du CET ;
- l'insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

B) Cadre de l'enquête et population cible

Le cadre choisi pour la réalisation de notre enquête, est l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, point de convergence des cas graves enregistrés dans la Zone Sanitaire de Cotonou II et III et, environs.

La population enquêtée est constituée des agents administratifs, médicaux, paramédicaux.

C) Nature de la collecte des données

Nous avons procédé par une enquête exclusivement interne à travers un questionnaire comportant des questions ouvertes et fermées, adressé aux acteurs hospitaliers de la population cible.

D) Point de la population enquêtée**Tableau VIII** : Point de la population enquêtée

Service enquêté	Effectif		Taux (en %)
	Population mère	Effectif enquêté	
SAAE	34	14	41,18
SAF	10	7	70,00
Maternité	24	17	70,83
Chirurgie	11	6	54,55
Pédiatrie	15	6	40,00
Médecine	11	5	45,45
Ophtalmologie	5	4	80,00
ORL	3	2	66,67
Stomatologie	1	1	100,00
Kinésithérapie	2	2	100,00
Laboratoire	10	6	60,00
Radiologie	6	4	66,67
Total	121	73	60,33

Source : Résultats de nos investigations

La population enquêtée par service représente les acteurs que nous avons rencontrés au cours du stage. Ceux qui étaient en séminaire, en congé administratif ou en mission, ne sont pas concernés par cette enquête.

E) Spécification des données à mobiliser

Les données à mobiliser sont liées à :

- l'insuffisance de contrôle de l'exécution de travail ;
- la non formalisation des différents types du CET ;
- l'insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

F) Conception du questionnaire

Le questionnaire d'enquête est conçu sur la base du problème général et des problèmes spécifiques. Toutefois, la présentation des questions d'enquête s'est limitée ici à celle des questions spécifiques qui permettent de vérifier les hypothèses.

G) Technique de dépouillement

Les informations recueillies grâce au questionnaire auprès des enquêtés, sont manuellement traitées. Les étapes suivantes ont été observées dans le dépouillement des informations obtenues par le questionnaire :

- Elaboration d'une grille de codes pour l'ensemble des questions fermées ;
- Dépouillement manuel des questions ouvertes pour dégager les différentes modalités de réponses enregistrées pour chacune de ces questions ;
- Codage des modalités ainsi dégagées ;
- Elaboration d'une grille de codage.

Section 2 : De la collecte des données à la vérification des hypothèses

Cette section est consacrée à l'analyse des données de l'enquête ainsi qu'à la vérification des hypothèses.

Paragraphe 1 : Mobilisation, dépouillement et présentation des données

I) Préparation et réalisation de l'enquête

A- Préparation de l'enquête

Rappelons que notre enquête est interne et la mobilisation des données est basée sur un échantillon de 73 acteurs hospitaliers dont 11 Chefs de service qui sont au niveau des services administratifs, médicaux et techniques de l'hôpital, y compris le Directeur. L'effectif total des agents pour l'ensemble de l'hôpital est de 153. Cet effectif comprend outre les agents administratifs et praticiens hospitaliers, la catégorie du personnel de soutien telle que les cuisiniers, les agents d'entretien, etc. Les acteurs hospitaliers qui étaient en congé administratif, en mission, en séminaire et le personnel de soutien n'ont pas été interrogés. C'est pourquoi la population mère ou de base de l'échantillonnage, a un effectif de 121 agents.

B- Réalisation de l'enquête

La réalisation de l'enquête a nécessité une préparation.

Le questionnaire a été administré à 73 acteurs hospitaliers dont 11 Chefs de services. Cependant, l'enquête ne s'est pas déroulée sans difficulté.

II-) Difficultés rencontrées

Lors de la réalisation de l'enquête, des difficultés de plusieurs ordres ont quelque peu perturbé leur bon déroulement et retardé la disponibilité des données exploitables.

En effet, dans le cadre des recherches nous avons rencontré des difficultés sur le plan organisationnel et technique.

Au plan organisationnel, il convient de faire remarquer la non disponibilité de plusieurs enquêtés à cause de leurs obligations professionnelles et de certaines contraintes sociales qui leur sont personnelles. Les mouvements de grève ont aussi perturbé la collecte des données.

Au plan technique, les difficultés sont surtout liées à la qualification des enquêtés. En effet, malgré la clarté des questions, certains enquêtés n'arrivaient pas à en percevoir réellement le sens et demandaient à être assistés lors du remplissage du questionnaire. D'autres affichent ostensiblement leur indisponibilité ou leur réserve à remplir le questionnaire. Malgré toutes ces difficultés, les enquêtes ont été conduites à terme.

III-) Présentation et analyse des données de l'enquête

Les résultats de l'enquête réalisée sont présentés ici en tableaux et sont analysés en tenant compte de chacun des problèmes spécifiques à résoudre.

Par rapport au problème spécifique n° 1**Tableau IX** : Présentation des résultats de l'enquête liée à l'insuffisance du CET dans les services de l'HZ-SL

N° Code	Modalités	Effectifs	Taux
1	Non élaboration du plan du CET à l'HZ-SL	54	73,9726%
2	Inexistence de la description des tâches par agent	19	26,0274%
TOTAL		73	100%

Source : Résultats de l'enquête

Une analyse des données de ce tableau montre que 54 acteurs hospitaliers ont affirmé que l'Hôpital de Zone de Suru-Léré n'a pas élaboré un plan du CET. En ce qui concerne la deuxième modalité, 19 individus ont mentionné qu'il n'existe pas un plan du CET parce que l'hôpital n'a pas élaboré la description des tâches par agent. S'il existe au niveau national un document de politique générale des hôpitaux, il est à noter que l'HZ-SL dispose d'un plan d'action en encrage avec le Plan de Travail (PTA) de la Zone sanitaire. Cependant, ce plan d'action n'est pas disponible au niveau des services administratifs, médicaux et techniques de l'hôpital.

Cette situation ne favorise pas la mise en œuvre efficace des activités. Ce sont les raisons qui expliquent l'insuffisance du contrôle de l'exécution du travail à l'HZ-SL.

Par rapport au problème spécifique n°2**Tableau X :** Présentation des résultats de l'enquête liée à la non formalisation des différents types du CET

N° Code	Modalités	Effectifs	Taux
1	Faible perception de l'importance du CET par les responsables de la structure	73	100%
2	Autres	0	0%
TOTAL		73	100%

Source : Résultats de l'enquête

L'analyse des résultats de l'enquête révèle que 73 individus ayant renseigné le questionnaire ont affirmé que la non formalisation des différents types du CET est due à la faible perception du CET par les responsables de l'hôpital.

L'exploration du problème spécifique n°2 relatif à la non formalisation des différents types de CET au niveau de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré nous a amené aux conclusions suivantes :

- le CET s'applique au sein de l'hôpital mais tous les acteurs n'en sont pas informés ;
- les types de CET les plus utilisés au sein de l'Hôpital sont le contrôle par exception et le contrôle continu. Le contrôle par exception s'applique dans l'hôpital lorsque le service enregistre des plaintes des clients ; ainsi un contrôle est initié pour gérer la crise. Le contrôle continu se manifeste sous la forme d'observations verbales, des remarques adressées de temps en temps aux agents.

Au cours des entretiens, certains enquêtés ont mentionné qu'il n'y a pas à l'échelle de l'hôpital un organe commis au suivi du CET. Chaque chef de service est responsable de ce contrôle dans son service. Les réunions périodiques sont malheureusement non rigoureuses, pour faire le point et redresser tout ce qui ne va pas.

Nous n'avons pas observé cependant, l'utilisation des fiches de contrôle dans l'exercice du CET dans l'hôpital. Les acteurs hospitaliers ne mesurent pas toute l'importance du CET. Il se pose alors la question de la formation des acteurs et de la documentation du processus.

Par rapport au problème spécifique n°3

Tableau XI : Présentation des résultats de l'enquête liée l'insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

N° Code	Modalités	Effectifs	Taux
1	L'inexistence d'une formation des acteurs hospitaliers pour le CET	73	100%
2	Autres	0	0%

Source : Résultats de l'enquête

L'analyse de ce tableau révèle que 73 acteurs ont déclaré que l'inexistence d'une formation des acteurs hospitaliers pour le CET est à la base de l'insuffisance de leurs connaissances, attitudes et pratiques dans ce domaine.

Sur la question de la formation des acteurs chargés du CET et les modalités d'exercice de ce type de contrôle, nos recherches ont conduit à trois conclusions essentielles :

- aucune des personnes interrogées n'a reçu de formation spécifique sur le contrôle de l'exécution des tâches ;
- dans la pratique du CET à l'HZ-SL, il n'y a pas de recours à des documents de référence ; le contrôle n'est pas formalisé, c'est un contrôle informel, non codifié qui est exercé. Un contrôle bien formalisé, codifié, utilisant des outils de normalisés, n'est pas encore instauré dans l'hôpital. Or cette étape est indispensable à la réalisation de la démarche « Soins de qualité » ;
- enfin, les meilleures occasions d'exercice du contrôle de l'exécution de tâche sont entre autres les réunions du staff, les inspections et les inventaires. Or, les réunions de staff ne sont pas régulières. On peut déduire que les connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers sont insuffisantes pour mettre en œuvre avec méthode le CET dans l'hôpital.

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Pour la vérification des hypothèses, les causes à retenir sont celles dont les fréquences sont plus élevées.

I) Vérification de l'hypothèse n°1 :

La cause ayant la fréquence la plus élevée étant la non élaboration du plan CET à l'HZ-SL, nous pouvons conclure que l'hypothèse spécifique n°1 selon

laquelle l'insuffisance du CET dans les services de l'hôpital est due à la non élaboration du plan du CET est donc vérifiée.

II) Vérification de l'hypothèse n°2 :

La cause ayant la fréquence la plus élevée étant la faible perception de l'importance du CET par les responsables de la structure, nous pouvons conclure que l'hypothèse spécifique n°2 selon laquelle la non formalisation des différents types du CET est due à la faible perception de l'importance du CET est donc vérifiée.

III) Vérification de l'hypothèse n°3 :

La cause ayant la fréquence la plus élevée étant l'inexistence d'une formation des acteurs hospitaliers pour le CET, nous pouvons conclure que l'hypothèse spécifique n°3 selon laquelle l'insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET est due à l'inexistence de leur formation au CET est donc vérifiée.

Une fois la méthodologie de travail dégagée, nous avons procédé à l'organisation des enquêtes et à l'analyse des résultats obtenus. Il s'agit maintenant de formuler quelques approches de solution et recommandations.

CHAPITRE 2^e : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN OEUVRE

Ce chapitre présente les approches de solutions aux trois (03) problèmes spécifiques retenus et les conditions de leur mise en œuvre.

Section 1 : Approches de solutions

Pour améliorer le contrôle de l'exécution du travail à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, nous avons suivi une démarche méthodologique, grâce à laquelle nous avons pu recueillir des données relatives à ce sujet. L'analyse de ces données mobilisées nous a conduite à la vérification des hypothèses de l'étude. Il s'agit maintenant de proposer des approches de solutions.

Paragraphe 1 : Approches de solutions aux problèmes spécifiques n°1 et 2

Apporter une solution à un problème, c'est déterminer et éliminer ou réduire ses causes. Nous avons donc à déterminer les conditions de suppression des causes à la base des problèmes étudiés.

I) Suggestions relatives à l'inexistence de plan de contrôle de l'exécution du travail

L'élaboration d'un plan de contrôle de l'exécution du travail permet au Directeur et aux Chefs de services de mettre en place un outil de gestion prévisionnelle. C'est un document qui permettra d'analyser l'évolution des réalisations en matière de contrôle.

Il s'agit de prévoir dans l'élaboration du document de politique générale de l'hôpital, le contrôle méthodique de l'exécution du travail. Au niveau des services administratifs, médicaux et techniques, l'élaboration de ce guide de l'hôpital permettra de fixer des objectifs, de mettre en application un plan de travail annuel, de fixer des normes de rendement et d'efficacité, de concevoir des programmes. C'est à la suite de tout ce travail que le mécanisme de contrôle intervient. La fonction de contrôle ne sera possible que si les conditions ci-après sont réunies :

- la finalisation et la validation des descriptions des tâches par agent ;
- la conception des fiches de contrôle en tenant compte des vérifications qui se font déjà sous la forme d'observations verbales ;
- la prise en compte des documents qui existent comme par exemple les fiches de température ;
- la programmation et la tenue régulière des réunions périodiques, des réunions de staff ;
- la rédaction des rapports d'activités au niveau des services administratifs, médicaux et techniques.

Si toutes ces mesures sont prises, on pourrait formaliser le contrôle à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré.

II) Suggestions relatives à la non formalisation des différents types de CET

La non formalisation des différents types de CET favorise le contrôle sporadique qui est une vérification faite de temps en temps. C'est ce contrôle qui est pratiqué le plus souvent à l'HZ-SL. Dans la plupart des services, c'est à la suite

des plaintes des clients que le Chef de service initie une réunion de crise. Il situe alors les niveaux de responsabilité et prend des mesures adéquates face au problème posé.

Cette forme de contrôle ne favorise pas un bon suivi des activités pour la réalisation des performances souhaitées ; c'est la raison pour laquelle, il est indispensable d'instaurer un contrôle régulier ayant entre autres les caractéristiques suivantes :

- le système de contrôle doit être rigoureux, fiable et produire des données valides ;
- le contrôle doit être flexible, faire preuve de clarté et déboucher sur des actions correctives ;
- les responsables doivent respecter la périodicité des contrôles et mettre en place un contrôle nécessaire à l'obtention des résultats désirés ;
- dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement, l'ensemble des mesures et pratiques visent à préserver et à améliorer la santé des malades. Les activités exécutées sont entre autres la prévention des maladies diarrhéiques, le traitement des puits et le suivi des déchets biomédicaux. Pour que les objectifs fixés soient atteints, nous recommandons le contrôle préventif et la mise à jour du registre des activités d'hygiène et d'assainissement.
- l'essentiel des activités exécutées au niveau de la médecine, la pédiatrie, la chirurgie et la maternité est d'assurer le suivi des malades en consultation externe et ceux qui sont hospitalisés. En vue d'améliorer la qualité des soins, nous préconisons le contrôle continu par l'utilisation des fiches de contrôle.

- les activités menées par le laboratoire, la radiologie, la caisse et le secrétariat sont respectivement pour l'essentiel, la réalisation des analyses biomédicales, des examens radiographiques et échographiques, le recouvrement des recettes issues des ventes des médicaments et des prestations de soins, la saisie des documents. Le chef de service doit exercer un contrôle habituel qui sanctionne la fin de la réalisation de chaque examen et tâche. C'est la raison pour laquelle, le contrôle systématique est indiqué.

Pour y parvenir efficacement, le personnel a besoin de recourir au calendrier de CET.

Paragraphe 2 : Approches de solutions au problème spécifique n°3

Cette partie aborde nos contributions face au problème spécifique de l'insuffisance des connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

En effet, les agents ont un faible niveau de préparation en matière de CET. Le contrôle par les pairs entre les Chefs de Services et les Chefs de Division permettra de corriger en partie cette insuffisance. Le recours à un apprentissage de groupe en management serait souhaitable pour renforcer toutes les actions entreprises en faveur du CET.

Par la suite, il faudra initier une formation en faveur des acteurs hospitaliers pour améliorer leurs connaissances, attitudes et pratiques (CAP) dans le domaine du CET.

Section 2 : Recommandations

Paragraphe 1 : Conditions de mise en œuvre des solutions aux problèmes spécifiques n°1 et 2

La mise en application des solutions que nous avons proposées nécessite des dispositions administratives qu'il faut prendre tant par le Ministre de la Santé, le Directeur de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, que par les chefs de service.

I) Recommandations au Ministre de la Santé

Les autorités en charge du secteur de la santé doivent repenser en profondeur la gestion des hôpitaux. Il s'agit maintenant de passer d'une gestion de commandement à une gestion axée sur les résultats. Il est alors important d'instaurer un cadre de bonne gouvernance pour renforcer l'autorité des responsables. Ainsi, le contrôle de l'exécution du travail pourrait déboucher sur des sanctions aussi bien négatives que positives.

II) Recommandations au Directeur de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré

Ces recommandations sont relatives à l'élaboration d'un plan de contrôle, à la pratique d'un contrôle régulier et à une attitude de coach pour les acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

L'HZ-SL est un hôpital de référence de la Zone Sanitaire de Cotonou II et III, par conséquent, les agents doivent administrer aux malades des soins de bonne qualité. Les responsables ont l'obligation de pratiquer le contrôle de l'exécution du travail à travers des mécanismes mis en place. Pour ce faire, l'Hôpital doit

œuvrer pour motiver les chefs de services à travailler individuellement et collectivement pour :

- élaborer un document de politique générale ;
- mettre en œuvre efficacement un plan de travail annuel (PTA) de l'hôpital ;
- élaborer un plan de contrôle de l'exécution des activités programmées ;
- sensibiliser les acteurs hospitaliers sur l'importance du contrôle de l'exécution du travail au cours des réunions périodiques ou des séminaires ;
- organiser des formations régulières pour reformuler et renforcer les objectifs ;
- responsabiliser les acteurs hospitaliers afin qu'ils puissent prendre des décisions immédiates.

III) Recommandations aux chefs de service

Le chef de service est chargé de la répercussion des décisions du staff dans son service. Il planifie, coordonne et contrôle les actions entrant dans ce cadre. A cet effet, le chef de service doit veiller au renforcement des mécanismes de contrôle. Pour ce faire, il est recommandé de :

- Porter à la connaissance des collaborateurs les décisions prises par le staff quant au CET ;
- Organiser périodiquement des études évaluatives de la performance du service.

IV) Proposition d'une démarche chronologique d'appropriation du contrôle de l'exécution du travail

L'appropriation de cette démarche permettra aux acteurs hospitaliers et aux Chefs de services de mettre en œuvre le CET pour améliorer la qualité des soins et autres services aux clients de l'hôpital. Pour ce faire la démarche ci-après est suggérée :

- 1- Exploitation des résultats de la présente étude ;
- 2- Finalisation des textes de description de poste ;
- 3- Elaboration du plan de contrôle de l'exécution du travail ;
- 4- Constitution de groupes de pairs pour le contrôle ;
- 5- Elaboration des fiches de CET ;
- 6- Suivi et évaluation du plan de CET.

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions au problème spécifique n° 3

Cette partie présente les dispositions administratives qu'il faut prendre par la direction de l'hôpital et les Chefs de service relatives au problème spécifique de l'insuffisance des connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET.

Il s'agit d'élaborer un plan de formation qui doit prendre en compte tous les modules concernant le CET. Les modules doivent mettre l'accent sur les deux systèmes de processus de contrôle. Le système rétroactif qui met l'accent sur ce qui est déjà réalisé et permet à l'individu de réagir à temps devant une situation donnée, et le système proactif dont le but est de prévenir les problèmes avant

qu'ils ne surviennent, de prendre à l'avance des mesures nécessaires, avant même de voir les résultats. Les formateurs doivent également percevoir le contrôle comme un cycle continu de surveillance et d'ajustement des activités des différents services de l'HZ-SL.

Les responsables des services administratifs, médicaux et techniques, les chefs de pavillon sont les personnes indiquées à suivre la formation.

Pour instaurer le contrôle de l'exécution du travail dans tous les hôpitaux de zones, le Ministre de la santé peut introduire dans le décret N°2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des Hôpitaux de Zones, un article instituant le CET en tant qu'une activité fondamentale.

TABLEAU XII : Synthèse de l'étude sur le CET à l'HZ-SL

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes	Hypothèses	Approches de solutions
Niveau général	Les entraves à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL	Analyser les obstacles à la mise en œuvre du CET à l'HZ-SL	----	----	----
Niveaux spécifiques	1 Insuffisance de contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital	Mesurer les facteurs influençant l'élaboration d'un plan du CET à l'HZ-SL	La non élaboration du plan du CET à HZ-SL	La non élaboration du plan du CET à l'HZ-SL explique l'insuffisance du contrôle de l'exécution du travail dans les services de l'hôpital	-élaboration d'un plan stratégique de développement ou d'un projet d'établissement ; -élaboration d'un plan de contrôle ;
	2 La non formalisation des différents types du CET	Apprécier les éléments liés à la non formalisation des différents types du CET	La faible perception de l'importance du CET par les responsables de l'HZ-SL	La non formalisation des différents types du CET explique la faible perception de l'importance du contrôle par les responsables de l'HZ-SL.	-contrôle rigoureux, fiable, flexible qui débouche sur des actions correctives ; -contrôle préventif, continu, systématique selon la nature des activités ;
	3 Insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET	Mesurer les facteurs qui expliquent le faible niveau des connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET	L'inexistence d'une formation des acteurs hospitaliers pour le CET.	L'inexistence d'une formation des acteurs pour le CET justifie l'insuffisance de leurs CAP dans le domaine du CET.	-Contrôle par les pairs entre les Chefs de services et les Chefs de division ; -Formation en faveur des acteurs hospitaliers.

Source : Résultats de nos investigations

CONCLUSION GENERALE

La réalisation de cette étude a permis d'analyser les obstacles à la mise en œuvre du contrôle de l'exécution du travail à l'hôpital de zone de Suru-Léré. Des approches de solutions ont été suggérées afin de contribuer à la gestion méthodique de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré en y mettant effectivement en œuvre le contrôle de l'exécution du travail.

En effet, de nombreux problèmes empêchent la gestion méthodique du contrôle d'exécution du travail au niveau des services administratifs, médicaux et techniques. L'hôpital devrait disposer au préalable d'un plan directeur ou d'un plan stratégique. Le plan d'action, et le plan de travail annuel (PTA) existant ne sont pas vulgarisés. De plus, aucun document relatif au point des activités exécutées n'a été identifié. Il n'existe donc pas un plan de contrôle de l'exécution du travail à l'HZ-SL.

Il a été observé dans les services administratifs, médicaux et techniques de l'hôpital, que c'est un contrôle sporadique, irrégulier, qui se pratique sous la forme de remarques et d'observations verbales ; aussi les fiches de contrôle ne sont-ils pas utilisées. Cette situation ne permet pas d'analyser l'évolution des réalisations des activités et celle du contrôle de travail.

Les connaissances, attitudes et pratiques des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET se révèlent insuffisantes pour leur permettre de le mettre en œuvre en tant que fonction managériale.

L'ensemble de ces problèmes spécifiques explique les dysfonctionnements observés dans les services de l'hôpital. Il s'agit entre autres des retards, des absences sans autorisation, ce qui entraîne la désorganisation dans les services. Il faut noter également la rupture fréquente de stocks de consommables médicaux et produits pharmaceutiques ainsi que la tenue irrégulière des réunions. Les réunions sont souvent initiées pour gérer les situations de crise. La résolution de ces problèmes passe par la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures dont les plus importantes sont :

- élaborer un document de politique générale de l'hôpital ;
- mettre en œuvre efficacement le plan d'action de l'hôpital ;
- élaborer un plan de contrôle de l'exécution des activités programmées ;
- sensibiliser les acteurs hospitaliers sur l'importance du contrôle de l'exécution du travail au cours des réunions périodiques ou des séminaires ;
- renforcer les compétences des acteurs hospitaliers pour leur permettre d'appliquer les mécanismes inscrits au plan de contrôle ;
- organiser périodiquement des études évaluatives de la performance des services administratifs, médicaux et techniques.

Les recommandations suscitées ont été faites à la direction de l'HZ-SL et aux chefs de services, pour mettre en œuvre les approches de solutions face aux problèmes relevés.

Nous voudrions espérer que des recherches futures seront consacrées aux problématiques liées notamment à la mise en application d'un cadre de

bonne gouvernance. Cette mesure renforcera l'autorité des responsables à divers niveaux.

Ainsi, le CET pourrait déboucher aussi bien sur des sanctions négatives que positives. Ces sanctions seront prises par rapport à la nature du travail réalisé par les acteurs hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

A- OUVRAGES

- 1- LAFLAMME, M.(1981) « **Le Management : approche systémique, théorie et cas** », Edition Gaëtan Morin
- 2- McMAHON, R., E BARTON, et M. PIOT(1993) « **Si vous êtes chargé de ... Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires** », OMS, Genève
- 3- MINTZBERG, H. (1984) « **Le Manager au quotidien : les dix rôles du cadre** », Edition Agence d'ARC Inc.
- 4- MULLER, J. et MINNAERT, M. (2004) « **Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir** », Edition MASSON
- 5- ROBBINS, S. et De CENZO, D. (2008) « **Management : l'essentiel des concepts et des pratiques** », Nouveaux Horizons
- 6- SIMONET, J. et R. (1987) « **Le Management d'une équipe : guide pour négocier, animer, former** », Edition d'Organisation

B- MANUELS

- 1- CADZS, (2003) « **Module de formation des membres de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire : gestion administrative** »

- 2- CADZS, (2003) « **Module de formation des membres de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire : gestion des ressources humaines** »

C- MEMOIRES

- 1- DOSSOU, S. (2009) « **Contribution à l'amélioration du contrôle des finances locales au Bénin** », Mémoire de fin de formation, ENAM, cycle II, UAC
- 2- HODE, L. (2009) « **Optimisation de la gestion administrative et financière de l'hôpital de zone de Suru-Léré** », Mémoire de fin de formation, ENAM, cycle II, UAC
- 3- MAMA-DJIMA, B. (2009) « **Contribution pour l'implication effective de la DDZS dans la gestion des zones sanitaires** », Mémoire de fin de formation, ENAM, cycle II, UAC
- 4- TOBOSSI, C. (2009) « **Contribution pour une gestion améliorée des crédits délégués dans la zone sanitaire de Cotonou II et III** », Mémoire de fin de formation, ENAM, cycle II, UAC
- 5- Conseil des Professeurs, Conseil pédagogique, (2007) « **Référentiel des mémoires** », 2^{ème} édition

D- NOTE DE COURS

- 1- LIAMIDI SALAKO, W. (2010) « **cours sur le leadership et la communication** », MSP, cycle II, ENAM, UAC.

- 2- HOUINSA, D. (2010) « **cours sur la méthodologie de recherche** », MSP, cycle II, ENAM, UAC.

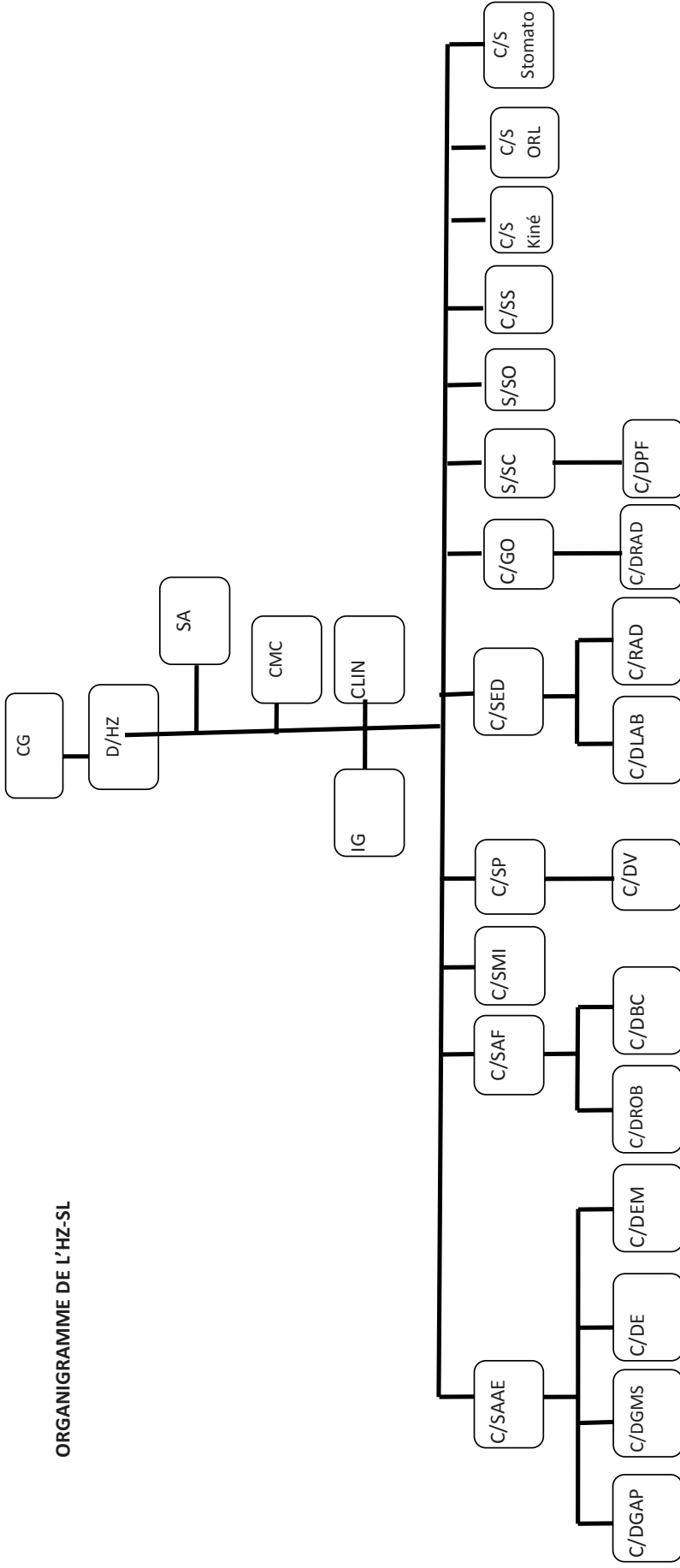
E- TEXTES REGLEMENTAIRES

- 1- Décret N°98-300 du 20 juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en République du Bénin en Zone Sanitaires.
- 2- Décret N°2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des Statuts des Hôpitaux de Zones.
- 3- Décret N°2005-611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en République du Bénin en Zone Sanitaires.
- 4- Arrêté 2000 N° 2224/MSP/DC/SGM/CADZS portant Création de la Zone Sanitaire de Cotonou II et III dans le système sanitaire de la République du Bénin.

LISTE DES ANNEXES

- 1- Organigramme de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré ;
- 2- Questionnaire pour les acteurs hospitaliers ;
- 3- Répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle
- 4- Arrêté n° 2224/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 avril 2000 portant Création de la Zone Sanitaire Cotonou II et III dans le système sanitaire de la République du Bénin ;

ORGANIGRAMME DE L'HZ-SL



LEGENDE

CG : Comité de gestion

C/SO : Chef service gynécologique et obstétrique

D/HZ : directeur de l'hôpital de zone	C/SC : Chef service chirurgie
IG : Infirmier général	C/SO : Chef service ophtalmologie
CLIN : Comité de Lutte les Infections Nosocomiales	C/SS : Chef service social
C/SAAE : Chef service des affaires administratives et économiques	C/SED : Chef service explorations diagnostiques
C/SAF : Chef service des affaires financières	C/DGAP : Chef division gestion administrative et du personnel
C/SMI : Chef service médecine interne	C/DGMS : Chef division gestion des malades et statistiques
C/SP : Chef service pédiatrie	C/DE : Chef division économat
C/S Kiné : Chef service kinésithérapie	SA : Secrétariat administratif
C/S ORL : Chef service	C/DEM : Chef division entretien et maintenance
C/S Stomato : Chef service stomatologie	C/DBO : Chef division bloc opératoire
C/DROB : Chef division recouvrement et opérations bancaires	C/DV : Chef division vaccination
C/DBC : chef division budget et comptabilité	C/DLAB : Chef division laboratoire
C/DRAD : Chef division radiologie	
C/DPF : Chef	division
	planning
	familial

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

CYCLE II

MANAGEMENT DES SERVICES PUBLICS

**Recherche sur le Contrôle de l'Exécution du Travail à l' Hôpital de
Zone de Suru-Léré, Cotonou**

ELEVE : GANDEMEY Aurore

Questionnaire pour les acteurs hospitaliers

Bonjour Monsieur, Madame,

Il est envisagé dans le cadre de la réalisation du mémoire professionnel de fin de formation à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), de réfléchir sur un sujet d'intérêt.

La présente enquête est initiée pour répondre aux exigences scientifiques de l'étude sur le contrôle de l'exécution du travail à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré en vue de faire des recommandations fiables à l'institution.

Le respect de l'anonymat et de la confidentialité dans le traitement des données recueillies est garanti.

1. Existe-t-il un plan du CET à l'HZ-SL ?

- Non élaboration d'un plan du CET
 - Autres (à préciser)
-

2. Le contrôle de l'exécution des tâches est-t-il appliqué au sein du service ?

Oui Non je ne sais pas

3. Si oui, comment le contrôle est il réalisé ?

- Contrôle préventif
- Contrôle continu
- Contrôle rétroactif

4. Si non, qu'est-ce qui selon vous justifie sa quasi-inexistence ?

- Non perception de son importance
 - Inexistence de professionnel en la matière
 - Insuffisance d'agents pour le contrôle
 - Inexistence d'une politique générale du
contrôle méthodique de l'exécution du travail
 - Autres (à préciser)
-

5. Qu'est-ce qui selon vous justifie la non formalisation des différents types de contrôle ?

- Faible perception de l'importance du CET par les responsables de la structure
 - Autres (à préciser)
-

6. Qu'est-ce qui justifie selon vous l'insuffisance des CAP des acteurs hospitaliers dans le domaine du CET ?

- L'inexistence d'une formation des acteurs pour le CET
 - Autres (à préciser)
-

7. Quel est votre niveau de responsabilité ?

- Chef de Division
 - Chef de Section
 - Chef d'équipe
 - Autres (à préciser)
-

8. Identification

- Ancienneté dans le service :
- Sexe : M F

Merci pour votre collaboration.

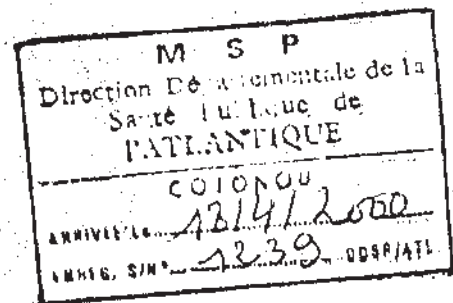
Tableau I : Répartition du personnel par catégorie socio-professionnelle en 2010

N°	Corps	APE	ACE	AMS	AFC	ACL	Stag./ANPE	Prest.	CES	Total
Personnel Médical										
1	Médecin Diplômé d'Etat		2		1					3
2	Ophthalmologue		1							1
3	ORL							1		1
4	Pédiatre	2								2
5	Gynécologue	3	1	0	0	0	0	0	2	6
6	Stomatologue	1								1
7	Anesthésiste-réanimateur	5								5
8	Chirurgien	2						1		3
	Sous total/ I	13	4	0	1	0	0	2	2	22
Personnel Paramédical										
9	Aide-chirurgien	1								1
10	Instrumentiste	2								2
<i>Sage-femme d'Etat</i>										
11	Sage-femme d'Etat	8	2	1						11
<i>Ingénieur</i>										
	Ingénieur d'analyses biomédicales	1		1			2			4
<i>Techniciens</i>										
12	Technicien de laboratoire	4	2							6

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE LA SANTE
PUBLIQUE

CABINET



ARRETE

ANNEE 2000 N° 2224 /MSP/DC/SGM/CADZS
PORTANT CREATION DE LA ZONE SANITAIRE
COTONOU II - COTONOU III
DANS LE SYSTEME SANITAIRE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

- Vu la Loi N° 90-032 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la REPUBLIQUE DU BENIN ;
- Vu la Proclamation le 1^{er} Avril 1996 par la Cour Constitutionnelle des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 18 Mars 1996 ;
- Vu le Décret N° 96-402 du 18 Septembre 1996 fixant les structures de la Présidence de la République et des Ministères ;
- Vu le Décret N° 99-309 du 22 Juin 1999 portant composition du Gouvernement ;
- Vu le Décret N° 97-301 du 24 Juin 1997 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine ;

- Vu le Décret N° 98-300 du 20 Juillet 1998 portant Organisation du système sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires ;
 - Vu l'Arrêté Interministériel N° 022/MPREPI/MS/DC/SA du 11 Mars 1996 portant création du Comité de suivi des Conclusions de la Table Ronde du secteur santé ;
 - Vu l'Arrêté N° 2977/MSPSCF/DC/SA du 31 Juillet 1997 portant Création, Attribution, Organisation et Fonctionnement de la Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires ;
- les Décisions du Conseil des Ministres lors de sa séance du 31 Mai 1995 relatives aux Conclusions de la Table Ronde sur le secteur santé qui s'est déroulée les 12 et 13 Janvier 1995 ;

ARRETE

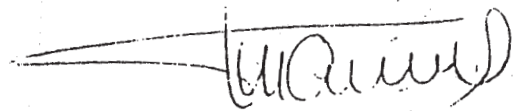
- Article 1^{er} : Il est créé, conformément à l'article 9 du Décret 98 - 300 du 20 Juillet 1998, la ZONE SANITAIRE de Cotonou II regroupant dans une même entité juridique et opérationnelle, le réseau socio-sanitaire situé dans les entités administratives urbaines de l'ex - Cotonou II et ex - Cotonou III.
- Le chef-lieu de la zone sanitaire est Cotonou III. Un Médecin de Santé Publique y est affecté comme Médecin Coordonnateur de Zone.
- Article 3 : L'hôpital de référence a pour siège, le futur hôpital de Suru-Léré à construire sous financement FIED.
- Article 4 : L'Etat s'emploiera à mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières minimales nécessaires au bon fonctionnement de la Zone Sanitaire de Cotonou II.
- Article 5 : Le Directeur de Cabinet, le Secrétaire Général du Ministère et le Directeur Départemental de la Santé Publique de l'Atlantique,

Article 6:

Le présent Arrêté, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, prend effet à compter de la date de sa signature et sera publié partout où besoin sera.

Fait à Cotonou, le _____

Le Ministre de la Santé Publique



Marina d'ALMEIDA MASSOUGRODJE

Distributions

PR (4) - JORB (2) - AN (4) - CC (2) - CS (2) - TOUS MINISTERES (19) - TOUS MEMBRES CABINET/MSP (6) - TOUS DIRECTEURS/MSP (12) - TOUS DDSP (12) - TOUS PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT/MSP (25) - TOUS PROJETS PROGRAMMES (21) - IGF (4) - CADZS (8) - ARCHIVES (2) - CHRONO (1).

TABLE DES MATIERES

	PAGES
DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES.....	iii
LISTES DES TABLEAUX.....	iv
GLOSSAIRE.....	v
RESUME.....	viii
SOMMAIRE.....	x
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE	4
Section 1 : Cadre de l'étude et état des lieux sur le contrôle de l'exécution du travail à l'HZ- SL	4
Paragraphe 1 : Présentation générale de l'HZ-SL.....	4
I) la zone sanitaire Cotonou II et III	5
A) Situation géographique.....	5
B) Attributions et organisation.....	5
II) La structure d'accueil de stage : HZ-SL	6
A) Historique, missions et structure organisationnelle	7
B) Les ressources de l'hôpital.....	13

Paragraphe 2 : Restitution des observations de stage.....	17
I) Mécanismes de fonctionnement des services de l'HZ-SL.....	17
II-) Mécanisme de contrôle des ressources.....	18
Section 2 : Ciblage de la problématique.....	22
Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique.....	22
I) Inventaire des éléments de l'état des lieux de base.....	22
A) Inventaire des atouts (Forces et opportunités).....	22
B) Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces).....	23
II) Choix de la problématique.....	24
A) Regroupement des problèmes par centre d'intérêt.....	24
B) Formulation et justification du sujet.....	26
Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.....	27
I) Vision globale de résolution de la problématique choisie.....	27
A) Synthèse des approches retenues.....	29
B) Séquence de résolution de la problématique.....	29
CHAPITRE 1^{er} : CONCEPTION ET MISE EN APPLICATION DU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	31
Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	31
Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature.....	31
I) Objectifs de l'étude.....	32
A) Objectif général.....	32

B) Objectifs spécifiques.....	32
II) Causes et hypothèses liées à la problématique choisie.....	33
A) Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°1.....	33
B) Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°2.....	34
C) Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°3.....	35
III) Synthèse des préoccupations et tableau de bord de l'étude.....	35
A) Synthèse des préoccupations.....	35
B) Tableau de Bord de l'étude (TBE).....	37
IV) Revue de la littérature.....	38
A) Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'insuffisance du contrôle de l'exécution du travail.....	39
B) Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'inexistence de plan de contrôle.....	44
C) Exposé des contributions antérieures sur le problème de la non formalisation des différents types du CET.....	45
Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude : méthodes empiriques et approches théoriques.....	48
I) Approches théoriques retenues.....	48
A) Repères d'amélioration de la problématique.....	48
II) Approche empirique retenue.....	49
A) Les objectifs de l'enquête.....	50
B) Cadre de l'enquête et population cible.....	50
C) Nature de la collecte des données.....	50

D) Point de la population enquêtée.....	51
E) Spécification des données à mobiliser.....	52
F) Conception des questions d'enquête.....	52
G) Technique de dépouillement.....	52
Section 2 : De la collecte des données à la vérification des hypothèse.....	53
Paragraphe 1 : Mobilisation, dépouillement et présentation des donnée.....	53
I) Préparation et réalisation des enquêtes.....	53
A) Préparation de l'enquête.....	53
B) Réalisation de l'enquête.....	53
II) Difficultés rencontrées.....	54
III) Présentation et analyse des données de l'enquête	54
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....	58
I. Vérification de l'hypothèse n°1.....	58
II. Vérification de l'hypothèse n°2.....	59
III. Vérification de l'hypothèse n°3.....	59
CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE.....	60
Section 1 : Approches de solutions.....	60
Paragraphe 1 : Approches de solutions aux problèmes spécifiques n°1 et 2.....	60
I) Suggestions relatives à l'inexistence de plan de contrôle de l'exécution du travail.....	60
II) Suggestions relatives à la non formalisation des différents types de CET.....	61
Paragraphe 2 : Approches de solutions au problème spécifique n°3.....	63

Section 2 : Recommandations.....	64
Paragraphe 1 : Conditions de mise en œuvre des solutions aux problèmes spécifiques N°1et 2	64
I) Recommandations au Ministre de la Santé.....	64
II) Recommandations au D /HZ-SL.....	64
III) Recommandations aux Chefs de services.....	65
IV) Proposition d'une démarche chronologique d'appropriation du CET.....	66
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions au problème spécifique n°3	66
CONCLUSION GENERALE.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	73
LISTE DES ANNEXES.....	76