

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE
(E.N.A.M)



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

OPTION :
Administration
des finances.

FILIERE :
Administration
Hospitalière Universitaire
et d'Intendance (AHUI)

ANNEE ACADEMIQUE
2006-2007

**APPROCHE POUR UNE AMELIORATION DE
LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS A L'HÔPITAL DE ZONE
D'ABOMEY-CALAVI/SO-AVA**

Réalisé et soutenu par :

Romarc K. E. AKPOVO

Sous la direction de :

Maître de stage :

Mme Arlette G. WILSON
Administrateur des Hôpitaux
Directrice de l'HZ/AS.

Directeur de mémoire :

M. Hugues B. M. TCHIBOZO
Economiste de la Santé -
Manager sanitaire
Chargé de cours à l'ENAM -UAC

JUILLET 2007

IDENTIFICATION DU JURY

Président : Léandre GBENOUDON

Vise président : Rilwane AREMOU

Membre : Juste GUEDOU

**L'ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS CE MÉMOIRE. CES OPINIONS
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À
LEUR AUTEUR**

DEDICACE

A ma mère Edith DOFONNOU,

Ton soutien inébranlable et permanent a contribué à la réalisation de ce mémoire. Tu as fait la garde dans le silence de la nuit comme dans le tumulte du jour. Tes soins infatigables ont soutenu la vertu lorsqu'elle a chancelé. Tu es le fléau du vice et la colonne de la fidélité.

Merci pour tout.

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire n'a été possible qu'avec l'engagement direct et non marchandé de notre directeur de recherche, monsieur Hugues B. M. TCHIBOZO, à qui nous rendons un hommage mérité. Nous remercions également notre maître de stage, madame Arlette GAUTHE WILSON et tout le personnel de l'hôpital de zone de Calavi pour leur contribution sans mesure à la réalisation de cette œuvre. Nos sincères gratitudes vont également à l'endroit de tous nos professeurs qui ont sacrifié de leur précieux temps pour nous assurer une formation de qualité. Nous ne saurions terminer sans dire, toute notre reconnaissance à nos parents et amis pour le soutien sans faille qu'ils nous ont apporté durant cette étude.

Merci.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

v

| | |
|--------|---|
| AES | Agent d'Entretien et de Soutien |
| AMC | Appareils médicaux et chirurgicaux |
| COGES | Conseil de Gestion |
| CHS | Commission d'Hygiène et de Sécurité |
| CMC | Commission Médicale et Consultative |
| CODIR | Comité de Direction |
| C/SAAE | Chef Service des Affaires Administratives et Economiques |
| C/SAF | Chef de Service des Affaires Financières |
| CVA | Conducteur de Véhicule Administratif |
| CNHU | Centre National Hospitalier et Universitaire |
| CRPS | Compte Rendu de Production de Soins |
| CAME | Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels |
| CBRST | Centre Béninois de la Recherche Scientifique et Technique |
| DMA | Durée Moyenne d'Attente |
| DRSHS | Département de Recherche en Sciences Humaines et Sociales |
| DH | Direction de l'Hôpital |
| EEZS | Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire |
| ENSP | Ecole Nationale de Santé Publique |
| HZ/AS | Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava |
| ISADE | Institut Supérieur Africain pour le Développement de l'Entreprise |
| MEAH | Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier |
| MMC | Matériels Médicaux et Chirurgicaux |
| ORTB | Office des Radio diffusion et Télévision du Bénin |
| PAF | Particulier à leur Frais |
| SAAE | Service des Affaires Administratives et Economiques |
| SFE | Sage femme d'Etat |
| TL | Technicien de Laboratoire |

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau n°1** : Répartition de l'effectif du personnel par corps de profession
- Tableau n°2** : Procédure d'exécution des dépenses sur les subventions de l'Etat
- Tableau n°3** : Regroupement des problèmes par centres d'intérêt
- Tableau n°4** : Synthèse des approches de résolution par problème spécifique
- Tableau n°5** : Tableau de bord de l'étude
- Tableau n°6** : Synthèse des méthodes d'étude
- Tableau n°7** : Répartition des clients selon leur qualité
- Tableau n° 8** : Répartition des clients selon qu'ils aient été dans une file d'attente ou non
- Tableau n°9** : Nombre total d'imprimé remplis
- Tableau n°10** : Temps d'attente devant le caissier
- Tableau n°11** : Qualité de l'acteur de soins identifiée par le patient
- Tableau n°12** : Satisfaction des patients
- Tableau n°13** : Identification des soins administrés par les patients
- Tableau n°14** : Situation d'inadéquation entre les tâches accomplies et les qualifications
- Tableau n°15** : Présentation des ruptures par catégorie de produits pharmaceutiques
- Tableau n°16** : Présentation des durées de rupture par catégorie de produits pharmaceutiques
- Tableau n°17** : Fréquences des pannes révélées par les chefs services
- Tableau n°18** : Qualité de l'entretien des équipements et matériels
- Tableau n°19** : Récapitulatif des diagnostics et solutions proposées.

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Répartition des quantités de produits pharmaceutiques livrées par la CAME

Figure n°2 : Etat de fonctionnement des Matériels des Services Généraux (MSG)

Figure n°3 : Etat de fonctionnement des Instruments Médicaux et Chirurgicaux (IMC)

Figure n°4 : Etat de fonctionnement des Appareils Médicaux et Chirurgicaux (AMC)

Figure n°5 : Etat de fonctionnement de la literie (L)

Figure n°6 : Etat de fonctionnement des Matériels Médicaux et Chirurgicaux (MMC)

Figure n°7 : Etat de fonctionnement des Accessoires (A)

GLOSSAIRE

Qualité : Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire les exigences. Intrinsèque, par opposition à attribuer, signifie présent dans quelque chose, notamment en tant que caractéristique permanente. (ISO9000 :2000)

Qualité des soins : Niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles.

Amélioration continue de la qualité : Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité. L'adjectif « continue » est utilisé pour indiquer que l'amélioration est régulière. L'organisme recherche activement des opportunités d'amélioration et les concrétise.

Equipements médicaux techniques : Ce terme désigne tout instrument, appareil, dispositif, matériel ou autre article, utilisé seul ou en combinaison, incluant le logiciel nécessaire pour son application convenable, prescrit par le fabricant pour être utilisé par les êtres humains à des fins de diagnostic, de prévention, de suivi, de traitement ou de soulagement de maladie, d'examen ou de contrôle.

Maintenance : Ensemble des opérations permettant de rétablir un système, un matériel, un appareil, dans un état donné ou lui restituer des caractéristiques de fonctionnement spécifiées.

Maintenance curative : Ensemble de toutes les opérations permettant de restituer à un équipement ou à un matériel médico-technique toutes ses caractéristiques.

Maintenance utilisateur : Elle consiste à confier à l'opérateur des tâches de maintenance les plus évidentes, type nettoyage, graissage, lubrification etc.

Maintenance préventive : C'est une opération plus proche de l'entretien, mais qui ne change pas la valeur d'un équipement. C'est aussi l'ensemble de toutes les actions courantes en vue d'augmenter le temps de fonctionnement d'un équipement ou d'un matériel médico-technique.

Entretien : C'est l'action de tenir une chose en bon état. C'est aussi l'intervention sur un ouvrage qui n'en change pas la valeur résiduelle.

Produits pharmaceutiques : Ensemble constitué de médicaments et de consommables médicaux utilisés pour administrer les soins en vue d'un traitement, d'une pathologie ou d'une affection.

Mandatement : Acte administratif donnant ordre de paiement des dépenses.

Engagements : Il s'agit des actes sous seing privé qui matérialiseraient la dette du débiteur vis-à-vis de l'hôpital. Ils émanent des malades exécutés qui n'ont pas pu solder leur compte.

Tiers payants : Il s'agit des sociétés privées ou publiques et institutions d'Etat qui délivrent des bulletins de prise en charge à leurs agents pour se faire soigner à l'hôpital de zone. Ils se substituent donc au bénéfice des soins pour la prise en charge des frais.

Titre de recettes : Factures établies et adressées aux usagers de l'établissement. Ils matérialisent la créance de l'hôpital sur ses débiteurs.

Patients Admis à leurs frais : Particuliers venus aux soins sans avoir bénéficié d'un bulletin de prise en charge. La totalité des frais leur est facturée.

RESUME

L'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava a servi de cadre d'étude à la réalisation de notre stage de fin de formation. Au cours dudit stage, nous avons procédé à un état des lieux, ce qui nous a permis de noter des faiblesses qui entravent le fonctionnement normal du centre. Le problème des conditions peu favorables à une prise en charge qualitative des patients a retenu notre attention. Nous avons ainsi choisi de mener nos investigations sur le thème "Approche pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'HZ/AS". Les objectifs spécifiques de cette étude sont de :

- envisager des solutions de réduction du temps d'attente des patients à la caisse ;
- proposer des mesures d'une meilleure adéquation entre les qualifications professionnelles et les tâches exécutées par les aides-soignants ;
- proposer des mesures d'atténuation des ruptures de stocks de produits pharmaceutiques ;
- suggérer des mécanismes pour doter les services de matériels et d'équipements nécessaires à la réalisation de prestations de qualité.

Pour conduire à terme ce travail, des hypothèses ont été formulées à partir de la cause la plus plausible de chaque problème spécifique puis, vérifiées par des enquêtes réalisées au moyen d'observation, de guides d'entretien et de questionnaires. Les hypothèses confirmées ont conduit au diagnostic selon lequel :

- Le caractère manuel de l'exécution des tâches est à la base du temps d'attente considérable des patients à la caisse ;
- L'administration de certains soins par des aides-soignants est due aux affluences des patients ;
- La non disponibilité de certains produits à la CAME engendre des ruptures de stocks de produits pharmaceutiques à l'HZ/AS;
- La déficience en matériels et équipements provient de l'absence de maintenance préventive à l'HZ/AS.

Le diagnostic ainsi posé a permis de proposer des solutions nécessaires à l'éradication ou tout au moins à l'atténuation des manifestations du problème général en résolution. Ces solutions se résument à :

- l'informatisation de la caisse ;
- la réorganisation du planning du personnel pendant les périodes d'affluence ;
- la réorganisation du processus d'approvisionnement en considérant les disponibilités en produits pharmaceutiques à la CAME ;
- la mise sur pieds d'un programme de maintenance préventive .

SOMMAIRE

Introduction générale

Chapitre préliminaire : Des observations de stage à la problématique de l'étude

Section 1 : Cadre de l'étude et état des lieux de base sur l'hôpital

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude

Paragraphe 2 : Etat des lieux de base

Section 2 : Problématique et vision globale de résolution.

Paragraphe 1 : Ciblage et formulation de la problématique

Paragraphe 2 : Spécification et Vision globale de résolution de la problématique

Chapitre premier : Du cadre théorique à la méthodologie de l'étude

Section 1 : Objectifs, Hypothèses et tableau de bord de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude

Paragraphe 2 : Tableau de bord de l'étude

Section 2 : Revue de littérature et méthodologie de l'étude

Paragraphe 1 : Revue de littérature

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude.

Chapitre deuxième : De la collecte des données aux conditions de mise en œuvre des solutions

Section 1 : De la collecte des données à l'établissement du diagnostic

Paragraphe 1 : Collecte et présentation des données

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Section 2 : Approches de solutions pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

Paragraphe 1 : Approches de solutions.

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions.

Conclusion générale

Annexes

Table des matières

INTRODUCTION

Au cours des trente dernières années, le Bénin a participé et a souscrit à tous les engagements et recommandations issus des différentes conférences et rencontres internationales sur la promotion du développement humain durable. Ainsi, depuis la déclaration de la Conférence Internationale d'ALMA ATA en 1978 sur les soins de santé primaires, en passant par la réunion de LUSAKA en 1985 sur le système de recouvrement des coûts et le sommet de Bamako en 1987, le système sanitaire du Bénin a connu plusieurs réformes visant l'amélioration de l'état de santé des populations. Avec l'avènement en 1990 de la redéfinition du rôle de l'Etat avec un transfert du pouvoir et des compétences aux collectivités locales selon les principes démocratiques, une modification du système de santé a été opérée avec la mise en place des zones sanitaires, la construction et la réhabilitation de plusieurs centres des santé et l'installation des organes communautaires de gestion des services de santé. Dans ce même contexte, des progrès ont été réalisés dans la mise en place des infrastructures sanitaires afin de favoriser l'accessibilité des populations aux soins de santé et d'améliorer la qualité de leur prise en charge.

La gestion de la qualité devient alors pour chaque structure sanitaire, une approche prioritaire qui vise à satisfaire, au moindre coût, les besoins de la clientèle par la maîtrise du processus de travail. Le souci de la qualité apparaît comme un soubassement à tous les autres projets. Une telle approche requiert la participation de tous les acteurs hospitaliers avec comme but unique l'amélioration continue de la qualité des prestations. Le concept de qualité aux yeux des autorités hospitalières doit, dès cet instant, être un label, comme c'est le cas dans les entreprises commerciales et industrielles.

Ainsi, nous nous proposons de mener une étude sur les mesures pouvant faciliter l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'HZ/AS. Pour mener à bien cette étude, notre travail se présentera en trois chapitres. Le premier nous permettra de jeter les bases de notre travail à travers la restitution des mécanismes de fonctionnement de la structure d'accueil de notre stage. Ceci, nous permettra de faire l'inventaire des forces et faiblesses afin de choisir la problématique de l'étude. Ensuite, dans le deuxième chapitre, nous aborderons les objectifs et hypothèses liées à notre étude avant de procéder à la revue de littérature et au choix de la méthodologie. Enfin, le troisième chapitre sera consacré aux enquêtes de vérification des hypothèses afin d'établir les diagnostics et de proposer des solutions utiles.

CHAPITRE PRELIMINAIRE :
DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA
PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Section 1 : Cadre de l'étude et état des lieux de base sur l'hôpital.

Dans cette section, nous présenterons d'une part, l'Hôpital de Zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava (HZ/AS) de façon générale et nous restituerons d'autre part, les mécanismes liés à la réalisation de ses grandes activités.

Paragraphe 1: Cadre de l'étude.

Nous aborderons d'abord dans ce paragraphe, l'historique et les missions de l'HZ /AS et ensuite, nous présenterons sa structure organisationnelle.

I. Historique et Missions de l'HZ /AS

A. Historique

Pendant longtemps, les communes d'Abomey Calavi et de Sô-Ava ne disposaient que de centres de santé communaux. En effet, devant les cas graves de maladies nécessitant des soins d'urgence et intensifs, les populations étaient obligées de se déplacer vers le CNHU/H.K.M situé à plus d'une vingtaine de kilomètres desdites communes.

Ainsi, soucieux de la santé de ses populations et répondant aux Déclarations d'Alma Ata en 1978 et en 1987 à l'Initiative de Bamako qui consiste en une stratégie de renforcement des soins de santé primaires aux populations africaines, le gouvernement de la République du Bénin a décidé de revoir la pyramide sanitaire de notre pays en la réorganisant en zones sanitaires. Ceci à la faveur des décrets N° 98-300 du 20 juillet 1998 et 2005-611 du 28 septembre 2005. Dans ce cadre, la zone sanitaire d'Abomey Calavi/Sô-Ava a été créée par l'arrêté ministérielle N° 2225/MSP/DC/SGM/CADES du 10 mars 2000. Cette zone sanitaire a été dotée d'un hôpital de zone qui dessert les communes d'Abomey Calavi et de Sô-Ava. L'hôpital de zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava a été inauguré le 12 mai 2003 et a effectivement démarré ses activités le 18 Août 2003. Il reste la première référence au niveau périphérique pour les populations des communes concernées.

B. Missions

L'HZ/AS est situé à environ un (1) kilomètre de la route Inter-Etats Cotonou Niamey et plus précisément en face de la station Radio maritime de l'Office de Radio Diffusion et Télévision du Bénin (ORTB), il sert quatorze (14) centres de santé pour une population d'environ quatre cent mille (400000) habitants.

Cet hôpital est une institution plutôt récente dont les missions découlent de ses attributions statutaires. Première référence au niveau périphérique, elle a pour missions fondamentales d'assurer les soins de santé aux populations dans les meilleures conditions. Ses objectifs sont les mêmes que celles des autres hôpitaux publics. L'HZ/AS est chargé entre autres :

- d'assurer l'accueil des malades ;
- de lutter contre la fuite des malades ;
- de prendre en charge les indigents ;
- d'assurer les soins de qualité aux patients ;
- e réduire les risques et promouvoir une vie saine ;
- d'œuvrer constamment à l'amélioration de la qualité des soins ;
- d'assurer l'éducation sanitaire de base et la santé pour tous.

II. Structure organisationnelle de l'HZ/AS.

A. Organes de gestion, de décision et différents services de l'Hôpital

1- Organes de gestion et de décision

Les organes de gestion et de décision de l'HZ/AS sont :

- Le Conseil de Gestion (CG)
- La Direction de l'Hôpital (DH)
- Le Comité de Direction (CODIR)
- La Commission Médicale Consultative (CMC)
- Le Comité d'Hygiène Sanitaire (CHS)

a)- Le Conseil de Gestion (CG)

C'est l'organe d'administration et en même temps, l'organe délibérant. Il fait office de conseil d'administration. Le conseil de gestion est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'HZ. Il intervient en matière de décision et de grandes orientations de l'hôpital, de signature de convention, de collaboration, de création, d'intégration et de fermeture des services techniques au sein de l'HZ (création du service des urgences de l'HZ/AS en 2006 par exemple). Il est composé des membres suivants :

- le Directeur Départemental de la Santé,
- la Directrice de l'HZ/AS
- le Coordonnateur de la zone sanitaire AS

- les Représentants des ONG secteur santé
- deux (2) Représentants du personnel
- un (1) représentant du secteur privé social
- un (1) représentant du COGES /AS.

b)- La Direction de l'HZ/AS

La direction de l'HZ/AS est assurée par une directrice assistée de collaborateurs que sont :

- le Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques.
- le Chef du Service des Affaires Financières.
- les Chefs des Services Médicaux et Techniques
- l'Infirmier Général

La directrice assure l'exécution des décisions prises par le conseil de gestion à qui elle rend compte et qui la contrôle. Elle est l'ordonnateur du budget de l'hôpital et veille à son exécution tant en dépenses qu'en recettes.

c) Le Comité de Direction (CODIR)

Le Comité de Direction est un organe consultatif obligatoire des hôpitaux de zone. Il est consulté sur les questions relatives à l'élaboration du budget et à la politique générale de l'hôpital de zone. Il donne son avis sur toutes les affaires que la direction lui soumet et se réunit une fois par mois sur convocation de la directrice.

d) La Commission Médicale Consultative (CMC)

C'est un organe consultatif de la direction de l'hôpital. Il est consulté sur les principales affaires concernant les activités de santé, la répartition, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et techniques. Il est composé de tous les chefs services médicaux et médico-techniques de l'hôpital de zone avec élection en leur sein d'un président. Les avis de cette commission sont consignés sous forme de compte rendu signé du président et remis à la directrice pour exploitation. La CMC se réunit en séance ordinaire une fois par trimestre.

e) Le Comité d'Hygiène Sanitaire (CHS)

Ce comité s'occupe des questions relatives à l'hygiène, à la gestion des déchets produits en milieu hospitalier, à la salubrité et à la sécurité. Il est composé de l'infirmier général, du responsable de service d'hygiène et d'un représentant par service. Le CHS se réunit en section ordinaire une fois par trimestre puis en section extraordinaire en cas de nécessité.

2- Les services de l'HZ/AS

A l'hôpital de zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava, nous distinguons des services administratifs et des services médicaux et techniques.

a) Les Services Administratifs

Ces services s'occupent des activités administratives, économiques et financières de l'hôpital. Il s'agit du :

- Service des affaires administratives et économiques
- Service des Affaires Financières.

b) Les Services Médicaux et Techniques

Les services de médecine, de pédiatrie, de chirurgie, des urgences et de la maternité, l'unité de laboratoire et d'imagerie médicale assurent les soins et les différents actes. Ces services sont placés sous la responsabilité d'un médecin chef de service assisté par un major.

B. Les Ressources de l'Hôpital

Elles sont humaines, matérielles et financières.

1- Les Ressources Humaines

Elles sont constituées des corps des professions médicales, paramédicales, administratives et de soutien. Le tableau suivant présente la répartition de l'effectif de ce personnel par corps de profession.

Tableau n°1 : Répartition de l'effectif du personnel par corps de profession

| CORPS DE PROFESSION | EFFECTIF |
|-------------------------------------|------------|
| Médecins | 11 |
| Sage femme d'Etat | 16 |
| Infirmier diplômé d'Etat | 14 |
| Anesthésiste | 05 |
| Infirmier de santé | 16 |
| Technicien supérieur de laboratoire | 07 |
| Technicien supérieur de radiologie | 04 |
| Agent d'hygiène | 02 |
| Aide soignant | 26 |
| Croque mort | 02 |
| Cadre et personnel de soutien | 37 |
| TOTAL | 141 |

Source : Division Administrative du Personnel (DAP), mars 2007

2- Les Ressources Matérielles

Elles sont un ensemble de locaux, de matériels et équipements nécessaires à l'accomplissement des missions de l'hôpital. En effet, l'hôpital dispose aujourd'hui de quatre vingt treize (93) lits pour les malades répartis dans les services médicaux et techniques à travers dix huit (18) salles d'hospitalisation. Ces services, pour leur fonctionnement, disposent de divers matériels et équipements médico-techniques selon leurs spécialités. Durant notre séjour à l'hôpital de zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava, nous avons constaté du côté des services médicaux et techniques, de fréquentes pannes des équipements du bloc opératoire et de la chirurgie, ainsi que la défectuosité de certains équipements de laboratoire et de radiologie. Cette situation oblige l'hôpital à faire recours à des prestations extérieures.

Au niveau administratif, nous avons constaté que l'ensemble de l'administration ne dispose que de deux (2) ordinateurs; ce qui rend presque tout le travail de l'administration manuel. L'hôpital dispose d'un(1) abri pour les véhicules, de deux(2) incinérateurs dont un défectueux, d'un(1) château d'eau non fonctionnel, d'un(1) groupe électrogène, d'un(1) bâtiment pour les accompagnants, d'une(1) cantine pour le personnel, d'un(1) bâtiment abritant le bureau de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire, d'un(1) logement pour le médecin coordonnateur de la zone sanitaire et deux(2) bâtiments pour les médecins de l'hôpital. Il dispose également d'une morgue de douze (12) casiers et d'une buanderie, sans oublier un (1) local pour le service de la maintenance jusqu'ici non fonctionnel et un(1) bâtiment administratif.

3- Les Ressources financières

Elles sont l'ensemble des moyens financiers utilisés par l'hôpital pour effectuer ses différentes dépenses aussi bien de fonctionnement que d'investissement. Elles sont constituées par les fonds propres (source interne de financement) et les apports externes. Les fonds propres sont générés par les recettes de l'hôpital. Ces recettes sont constituées des frais de consultation, d'hospitalisation, d'actes, de conservation de corps à la morgue et des frais de cession de médicaments essentiels.

Paragraphe 2 : Etat des lieux de base.

Dans une première partie de ce paragraphe, nous restituerons les grandes activités que nous avons suivies durant notre stage et dans une deuxième partie, nous présenterons l'inventaire des éléments issus de l'état des lieux.

I. Restitution des mécanismes liés à l'organisation des activités.

Cette restitution comprendra d'une part, les activités liées à la prise en charge des patients et d'autre part, les activités liées à l'exécution du budget.

A. Activités liées à la prise en charge des patients

Nous présenterons successivement l'organisation de l'accueil, des actes de diagnostic, de l'hospitalisation et de l'exeat.

1- Accueil et actes de diagnostic

a) *Les Accueils des patients*

Les patients qui se présentent à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava sont souvent orientés par un agent de la guérite qui est chargé de la surveillance des mouvements d'entrée et de sortie des patients et de leurs accompagnants. Certains patients s'adressent directement aux agents de la caisse ou à toutes autres personnes qu'ils croisent en vue d'avoir des renseignements par rapport aux formalités à remplir. Il n'existe pas à l'HZ/AS, une structure chargée de l'accueil et de l'orientation des patients. Cette situation amène certains patients à retrouver difficilement le service à eux indiqué malgré la présence des panneaux d'orientation. Nous avons noté ainsi **une organisation insuffisante du système d'accueil et d'orientation des patients.**

En ce qui concerne les usagers dont l'état de santé ne leur permet pas de se déplacer, toutes les dispositions sont prises pour qu'ils reçoivent directement les premiers soins en attendant que leurs parents remplissent les formalités administratives. D'une manière générale, le processus d'accueil se déroule à deux (2) niveaux selon l'orientation des patients. Soit, le patient est reçu directement à la caisse, soit il est reçu par le service technique concerné avant d'être envoyé à la caisse.

- **Au niveau de la caisse**, les patients paient leurs frais de consultation, d'acte et d'hospitalisation. Deux (2) caissiers sont chargés de percevoir ces frais. Aussi, nous avons constaté que chaque service a son quittancer qui est tenu par les mêmes caissiers alors que le travail est manuel. Cet état de chose ne facilite pas la tâche aux agents du guichet déjà en nombre insuffisant. Il ressort de ce constat, le caractère manuel de l'exécution des tâches et la tenue par le caissier de plusieurs documents comptables rendant difficile son travail. Toutes les recettes de la structure sont versées dans une (1) caisse unique. Cette situation oblige quelque fois les patients à se mettre en rang en vue de payer les actes. Nous avons souvent constaté **de longues files d'attente des patients devant le guichet.**

A la fin de la journée, le point des recettes est arrêté par le caissier de garde. L'agent de recouvrement interne procède aux différents contrôles. Le point est ensuite fait au comptable qui se charge du versement du total des recettes à la banque.

Un reçu lui est délivré qu'il envoie au service financier pour imputation. Nous avons noté dans ce cadre, **un versement quotidien des recettes journalières en compte.**

- **Au niveau des services techniques**, ce sont en général les aides soignants qui accueillent les patients. Parfois, ils n'assurent pas convenablement cette prestation et souvent, ils indisposent les usagers par manque de courtoisie à leur égard. Nous avons ainsi remarqué des attitudes et comportements peu plaisants des aides soignants en direction des patients. Les patients sont enfin reçus par les professionnels de la santé pour les actes de diagnostic.

b) Les Actes de Diagnostic

Ce sont les consultations et les examens complémentaires.

*** Consultations**

Nous distinguons les consultations médicales, pédiatriques, chirurgicales, gynéco- obstétricales qui permettent d'établir les diagnostics. En effet, elles sont réalisées avant, pendant et après les soins curatifs. Ainsi, les patients assis sur des bancs, se font consulter par ordre d'arrivée. Les cadres physiques de consultation sont acceptables et ne comportent aucun élément capable d'influencer négativement les patients. Nous avons remarqué que **les consultations d'une manière générale se déroulent dans un cadre favorable à la communication.**

Dans le même temps, certains médecins s'absentent à leur jour de consultation alors que les patients paient l'acte la veille et viennent tôt le lendemain dans l'espoir de retourner vite chez eux. C'est donc l'infirmier qui consulte les patients par moment. Pendant ce temps, les aides soignants administrent les petits soins pour combler le vide. Durant notre stage, nous avons également constaté que certains agents accusent de retard pour arriver au service. Ce constat a été fait au niveau de certains services de l'hôpital. L'ensemble de ces facteurs perturbe le déroulement des activités surtout pendant les périodes d'affluence des patients.

***Les examens complémentaires**

- **Au niveau du laboratoire**, les patients sont reçus par ordre d'arrivée et se font prélever par le technicien de garde. La plupart des analyses se font dans la matinée ; les résultats issus de ces analyses sont retirés par les patients eux-mêmes ou leurs accompagnants. Quelques fois, compte tenu du retard des prélèvements, on note une accumulation des demandes d'analyses. Cette situation empêche les techniciens à donner à temps les résultats. Nous avons ainsi remarqué **des retards dans la réception des résultats de certains examens complémentaires.**

- **Au niveau du service de l'imagerie médicale**, les patients se font enregistrer et par ordre, rentrent dans la salle technique.

Nous avons noté par moment une insuffisance de matériels et une défectuosité de certains équipements (l'échographe). La qualité de ces équipements empêche la réalisation de certains examens profitables pour le centre. Cet état de chose entraîne des manques à gagner pour l'hôpital. Après ces étapes de diagnostic, les patients reçoivent des décisions médicales de soins sur place, de soins ambulatoires, de référence ou d'hospitalisation. Dans tous ces cas, une ordonnance leur est délivrée pour qu'ils achètent les médicaments en vue de recevoir les premiers soins, signe marquant le début du traitement.

Ainsi, à la Pharmacie, les médicaments sont servis aux patients. Le caractère manuel du travail à la Pharmacie nous a amené à observer par moment des attroupements de patients devant le point de vente de la Pharmacie. Quelque fois, les patients en situations d'urgences sont victimes de **ruptures de stocks de produits pharmaceutiques**.

2- Hospitalisation et exeat

a) Hospitalisation

Après les actes préliminaires de diagnostic, le patient admis en hospitalisation selon le cas, est pris en charge par le surveillant pour l'octroi de salle et de lit. En général, les soins sont dispensés par des infirmiers dans les services de médecine de pédiatrie et de chirurgie, des sages femmes dans les services de gynécologie obstétrique. Quant au service d'urgence à peine créé, il souffre de nombreuses difficultés liées à **une déficience en matériels et équipements**.

La plupart des services sont toujours animés les matins, période pendant laquelle, la majorité des agents est présente au poste hormis ceux qui descendent de la garde et ceux qui sont au repos. Toutefois, nous avons observé des retards et absences de certains acteurs de soins. Pour combler ce vide en raison du principe de la continuité des prestations, ce sont les infirmiers qui consultent les patients ; en ce moment les aides-soignants administrent les soins. Cette remarque a été faite dans certaines unités de soins. Nous avons ainsi constaté durant notre séjour **l'administration de certains soins par des aides soignants**. Aussi, le parcours de tous les services, nous a permis de constater que la plupart d'entre eux ne disposaient pas de protocoles de soins, même ceux qui en avaient, ne les avaient pas rendus accessibles. Nous avons noté de ce fait la presque **inexistence de protocoles de soins dans les services**.

Pendant l'hospitalisation, des activités de visites sont menées par des équipes de médecins, surveillants de pavillons, techniciens de l'action sanitaire. Le nettoyage et l'entretien des salles d'hospitalisation sont assurés par des agents d'entretien. Pour renforcer cette action et assurer l'entretien et l'hygiène permanents des salles, le comité d'hygiène sanitaire organise de façon périodique **des rencontres de sensibilisation du CHS sur l'hygiène avec les malades et gardes malades**.

b) l'exéat

La sortie du patient est prononcée par le médecin traitant. En suite, les surveillants appréhendent les dossiers du patient qu'il confie au service de recouvrement. Pour réduire les difficultés deux (2) agents de recouvrement de l'hôpital sont chargés de sensibiliser et d'inviter tous les Particuliers à leurs Frais (PAF) hospitalisés à s'acquitter de leurs dettes à la caisse. Nous avons noté **une sensibilisation quotidienne des malades à régler leurs factures.**

Aucune difficulté ne se pose pour les usagers qui viennent pour les soins de santé ponctuels. Les malades hospitalisés, d'ailleurs nombreux, remplissent les fiches d'engagement en cas de difficultés de paiement. Très souvent, la plupart d'entre eux ont de difficultés à respecter cet engagement. Nous avons observé de ce fait **des retards dans l'encaissement des recettes de l'hôpital.**

Cette situation crée à l'hôpital des difficultés financières. C'est alors qu'il se retrouve en situation de besoins de fonds de roulement, d'où **son inaptitude à assurer la couverture totale des dépenses courantes de fonctionnement.** Les patients qui demeurent en difficulté de paiement sont retenus au sein de l'hôpital en attendant qu'ils remboursent leurs dues. Mais, il existe à l'HZ/AS un service social chargé de la gestion de ces cas. Nous avons constaté une prise en charge des indigents. Cependant un problème demeure, ce service a de difficulté à distinguer les vrais indigents de ceux qui ne le sont pas. La remarque est que presque tous les patients en difficulté de paiement se déclarent indigents. Nous avons ainsi remarqué **un nombre important d'indigents.** L'hôpital délivre une carte de sortie aux malades avant qu'ils ne quittent l'enceinte de la structure. Cette mesure permet de surveiller les sorties non autorisées. Malgré l'existence de cette carte, certains patients incapables de remplir les formalités réussissent à tromper la vigilance des agents de la guérite. Nous avons constaté **quelques cas d'évasion de patients.**

B. Les activités liées à l'exécution du budget

Les activités liées à l'exécution du budget prennent en compte l'exécution tant des charges que des produits inscrits au budget de l'hôpital mais aussi les investissements. Nous distinguerons alors l'exécution des recettes (recouvrement) d'une part et l'exécution des dépenses (approvisionnement) d'autre part.

1- Exécution des recettes

Dans la phase impliquant l'Etat, l'exécution des recettes se fait grâce à la procédure de délégation engagement qui permet la mise en place des crédits délégués en début d'année. Elle se poursuit tout de même par la notification des crédits à l'hôpital. L'exécution des recettes en ce qui concerne l'hôpital se fait avec l'encaissement des coûts de ses prestations : c'est le recouvrement.

En effet, l'hôpital de zone reçoit plusieurs usagers regroupés en quatre (4) catégories :

- la première regroupe les fonctionnaires des ministères, des sociétés d'Etat et d'autres structures étatiques ;
- la deuxième, les agents des sociétés privées de la place ;
- la troisième, les particuliers à leurs frais ;
- Puis la quatrième, les sociétés d'assurance

Ces quatre (4) catégories d'usagers peuvent être reclassées en deux(2) grands groupes selon qu'elles bénéficient ou non de prise en charge.

En conséquence, le mode de recouvrement sera interne ou externe.

a) Recouvrement interne

Il s'effectue dans l'enceinte de l'hôpital, sur les PAF. Ces derniers ne bénéficient pas de prise en charge et n'offrent de ce fait aucune garantie de paiement. Mais ils sont assujettis au paiement intégral et au comptant de leurs frais d'actes et d'hospitalisation. Ils sont donc relancés tout au long de leur séjour par les agents de recouvrement pour le paiement de leur dus à la caisse de l'hôpital. C'est donc à ce niveau que nous avons constaté **la difficile couverture par les particuliers de leurs charges et dépenses de santé.**

b-Le Recouvrement externe

Le recouvrement externe est une activité à caractère particulier dans le recouvrement des fonds. En effet, toutes les prestations de l'hôpital ne sont pas payées au comptant à la caisse. C'est ainsi que certains usagers comme les fonctionnaires de l'hôpital ou de structures privées sont pris en charge dans le règlement de tous frais d'hospitalisation et d'actes excepté ceux des produits pharmaceutiques. Ces prises en charge donnent lieu à l'émission des factures qui font l'objet de recouvrement grâce aux agents mandatés. Ils sont chargés de distribuer aux institutions redevables les titres de créances. Leur mission est de recouvrer tous les fonds objets de prise en charge qui sont, soit 100%, soit 80% selon qu'il s'agisse de sociétés, de ministères ou de collectivités locales. Ces fonds sont encaissés soit par l'envoi de chèques par les institutions à l'adresse de l'hôpital, soit par virement suite à l'envoi d'avis de crédits par le trésor public. Ce processus très long n'est pas sans effets sur le fonctionnement normal de l'hôpital. Il est dû au retard dans le paiement des prestations de service de l'hôpital.

2- Exécution des dépenses

Elle consiste en l'acquisition de différents biens ou « inputs » nécessaires pour le fonctionnement régulier aussi bien des services administratifs, médicaux que techniques de l'hôpital.

Les dépenses sont effectuées suivant deux procédures selon qu'elles sont faites sur fonds propres de l'hôpital ou sur les subventions de l'Etat.

a) Procédure d'exécution des dépenses sur fonds propres de l'hôpital

Cette procédure d'exécution des dépenses se déroule suivant les étapes ci-après :

ETAPE N°1 : l'engagement

A cette étape, le C/SAAE notifie au chef de la division Engagement Mandatement(C/DEM), le fournisseur retenu et lui transmet toutes les factures pro forma. Le C/DEM procède à la vérification de la disponibilité de crédit au compte concerné par les dépenses à effectuer. Il établit en suite le bon de commande qui est signé par la directrice et le C/SAAE puis adressé au fournisseur retenu. Nous avons noté **un respect de la procédure d'engagement des dépenses.**

ETAPE N°2 : la liquidation

Le comité de réception de l'hôpital de zone (comptable, magasinier, délégué du personnel et une personne ressource) reçoit les produits commandés en vérifiant leur conformité aux spécifications de la facture Pro forma et du bon de commande (quantité et qualité). Les produits conformes aux commandes sont rangés aux magasins.

A ce niveau, nous avons remarqué que le centre dispose de deux (2) magasins ; celui des produits pharmaceutiques et celui des autres ingrédients et fournitures de bureau. A l'intérieur du magasin de la pharmacie, les produits sont rangés correctement dans les placards. Nous avons ainsi noté **une bonne disposition des stocks de produits pharmaceutiques.**

ETAPE N°3 : le mandatement

Le mandat de paiement de la dépense est établi avec la mention des références de toutes les pièces justificatives de la dépense par le C/DEM (les factures pro forma, le bon de commande, le procès verbal de réception, le bordereau de livraison, la facture définitive).Le dossier est alors constitué. Il passe ensuite chez le C/SAAE qui paraphe le mandat et certifie le « service fait ». Enfin, il transmet le dossier à la directrice pour signature du mandat et liquidation de la facture puis au C/SAF pour le paiement.

ETAPE N°4 : le paiement

L'ensemble du dossier de la dépense étant transmis au C/SAF, celui-ci procède à la vérification de l'exactitude du montant sur toutes les pièces justificatives et de l'existence effective de ces pièces puis procède au paiement proprement dit par la remise d'un chèque au fournisseur.

Ce chèque porte le montant du marché exécuté par le fournisseur et est consigné par la directrice et au C/SAF qui sont les deux (2) signataires du compte de l'hôpital.

b) Procédure d'exécution des dépenses sur les subventions de l'Etat

Le tableau qui suit résume les différentes étapes de l'exécution des dépenses sur les subventions de l'Etat.

Tableau n°2 : Procédure d'exécution des dépenses sur les subventions de l'Etat

| ETAPE | GESTIONNAIRE DE CREDITS (MCZS) | COMPTABLE (EEZS) | ORDONNATEUR SECONDAIRE (préfet de Département) | DELEGUE DEPARTEMENTAL DU CONTROLEUR FINANCIER | COMPTABLE PUBLIC |
|-----------------------|---|--|--|---|---|
| ENGAGEMENT | Initie la dépense (vérification et signature) | Etablie le bon de commande et La fiche d'engagement (paraphe fiche « VISA ») | Vérification de la Signature du BC Et de la fiche D'engagement | Contrôle de la signature BC et de La fiche D'engagement | |
| LIQUIDATION | - Constatation du service fait - Certification | -Stockage des Produits/calcul Des montants. - Elaboration du projet de mandat | Liquidation proprement dite (vérification du cachet) | Vérification du VISA sur le mandat | |
| ORDONNANCEMENT | | Contrôle la signature du mandat de paiement puis transmission au RP | | | |
| PAIEMENT | | | | | Contrôle et prise en charge du mandat paiement Juridique (vu à Bon payer) |

II- Inventaire des éléments de l'état des lieux

A. Inventaire des forces

- Versement quotidien des recettes journalières en compte ;
- Rencontre de sensibilisation du CHS sur l'hygiène avec les patients ;
- Sensibilisation quotidienne des patients à régler leurs factures ;
- Bonne disposition des stocks de produits pharmaceutiques ;
- Cadres de consultation favorables à la communication ;
- Respect de la procédure d'engagement des dépenses.

B. Inventaire des faiblesses

- Insuffisance dans l'organisation du système d'accueil des patients ;
- Longue attente des patients à la Caisse ;
- Retards et absences de certains acteurs de soins ;
- Retards dans la réception des résultats de certains examens complémentaires ;
- Administration de soins par des aides soignants ;
- Défiance en matériels et équipements ;
- Inexistence et inaccessibilité de protocoles de soins ;
- Ruptures de stocks de produits pharmaceutiques ;
- Retard dans l'encaissement des recettes de l'hôpital ;
- Inaptitude à assurer la couverture totale des dépenses courantes de fonctionnement ;
- Evasion de malades ;
- Difficile couverture par les particuliers de leurs charges de dépenses de santé ;
- Nombre important d'indigents.

Section 2 : Problématique et Vision globale de résolution.

Dans cette section, nous procéderont au ciblage de la problématique, ensuite, nous dégagerons les problèmes spécifiques qui nous permettront enfin d'exposer la vision globale que nous avons de sa résolution.

Paragraphe1 : Ciblage et formulation de la problématique

Il s'agira dans une première partie de ce paragraphe de regrouper les problèmes spécifiques par centre d'intérêt avant de formuler dans une deuxième partie, la problématique de cette étude.

I. Regroupement des problèmes spécifiques par centres d'intérêts

Après l'inventaire des atouts du système à travers les forces et opportunités ; des problèmes à travers les faiblesses et menaces, nous regrouperons les problèmes spécifiques par centres d'intérêt ; ce regroupement nous permettra d'avoir un certain nombre de problématiques parmi lesquelles, nous choisirons celle qui fera l'objet de notre étude.

Tableau n°3 : Regroupement des problèmes spécifiques par centres d'intérêts

| N° D'ordre | CENTRES D'INTERET | PROBLEMES SPECIFIQUES | PROBLEMES GENERAUX | PROBLEMATIQUES |
|---------------|---------------------------|---|--|--|
| 1 | Organisation des actes | <p>-Insuffisance dans l'organisation du système d'accueil</p> <p>-Inexistence et inaccessibilité de protocole de soins</p> <p>-Retard dans la réception des résultats de certains examens complémentaires.</p> | Faible performance de l'organisation des actes. | Problématique de la performance de l'organisation des actes. |
| 2 | Gestion administrative | <p>-Longue attente des patients à la caisse</p> <p>-Administration de certains soins par des aides soignants</p> <p>-Ruptures de stocks de produits pharmaceutiques.</p> <p>-Déficiência en matériels et équipements.</p> | Conditions peu favorables à une prise en charge qualitative des patients | Problématique d'une amélioration des conditions de prise en charge des patients. |
| 3 | Recouvrement des créances | <p>-Retard dans l'encaissement des recettes.</p> <p>-Evasion des malades.</p> <p>-Inaptitude à assurer la couverture totale des dépenses de fonctionnement.</p> | Caractère peu optimal du recouvrement des créances. | Problématique du recouvrement optimal des créances |
| 4 | Gestion des indigents | <p>-Difficile couverture par les particuliers de leurs charges de dépenses de santé.</p> <p>-Nombre important d'indigents.</p> | Insuffisance dans le système de gestion des indigents | Problématique d'une amélioration du système de gestion des indigents |

II. Choix de la problématique

Le regroupement des problèmes spécifiques par centres d'intérêts nous a permis d'avoir plusieurs problématiques. Nous analyserons chacune d'elles et ensuite, nous porterons notre choix sur celle qui tient compte de notre domaine de formation, de toutes nos connaissances en matière de gestion hospitalière et surtout des problèmes pertinents posés par notre structure d'accueil. Ainsi, les problématiques suivantes ont été dégagées :

(P1) : Problématique de la performance de l'organisation des actes

(P2) : Problématique d'une amélioration des conditions de prise en charge des patients

(P3) : Problématique d'un recouvrement optimal des créances

(P4) : Problématique d'une amélioration du système de gestion des indigents

La problématique d'une amélioration du système de gestion des indigents **(P4)** fait déjà objet de recherche par un de nos camarades, aussi stagiaire dans la même structure que nous. Nous l'avons délaissé pour permettre à celui-ci de continuer ces investigations en vue de contribuer à l'amélioration du système de gestion des indigents à l'HZ/AS.

En ce qui concerne la problématique d'un recouvrement optimal des créances **(P3)**, elle est rattachée au problème du financement des dépenses de santé à l'HZ/AS. Ce problème a trouvé des essais de solutions à travers des travaux de recherche de fin de cycle I réalisés par **Gnanbodenon** (2006). Nous n'avons pas donc choisi cette problématique compte tenu du temps qui sépare cette étude de la notre, les réalités n'ayant pas changées.

La problématique de la performance de l'organisation des actes **(P1)** quant à elle, ne relève pas de notre domaine de compétence. Tous les problèmes spécifiques, objets de dysfonctionnements constatés, tiennent à la planification interne des activités au niveau de chaque service. Dans ce contexte, il est clair qu'il ne nous sera pas facile de mener une étude exhaustive sur les facteurs réels agissant sur la qualité de cette organisation. Nous venons ainsi d'éliminer de notre champ d'étude trois (3) problématiques parmi les quatre (4) qui résultent de nos centres d'intérêt.

La problématique d'une amélioration des conditions de prise en charge des patients **(P2)** a retenu notre attention. En effet, cette problématique soulève des questionnements relatifs aux rôles de chaque acteur dans la qualité des prestations sanitaires pour une performance du système de santé au Bénin.

Nos recherches porteront donc sur le thème : « **Approche pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'HZ/AS.** »

Paragraphe 2 : Spécification et Vision globale de résolution de la problématique

I. Spécification de la problématique

Toute entreprise porte en elle des valeurs fondamentales. Forgées avec l'histoire de l'entreprise et des acteurs de son système à tous les niveaux, ces valeurs reflètent l'image réelle que l'entreprise affiche dans son environnement. Cette image devra refléter le but qu'elle vise à travers les méthodes opératoires quotidiennes, la mise en œuvre au jour le jour des moyens nécessaires pour la réalisation des activités de chaque entité, la maîtrise de son fonctionnement et surtout la qualité des actions qui pourront produire des effets attendus dans les délais prévus. Les objectifs de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava se situent dans cette logique. Ainsi, étant donné que notre étude, essentiellement contributive, a une visée diagnostique, notre problématique restera structurée à travers un problème général d'une part et des problèmes spécifiques d'autre part.

A. Problème Général

Le problème général de notre étude est : « **Conditions peu favorables à une prise en charge qualitative des patients à l'HZ/AS** »

B. Problèmes Spécifiques

Les Problèmes Spécifiques (PS) qui sont des manifestations du problème général de notre étude sont les suivants :

(PS1) : Longue attente des patients à la caisse et à la pharmacie

(PS2) : Administration de certains soins par des aides-soignants

(PS3) : Ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques

(PS4) : Déficience en matériels et équipements

II. Vision globale de résolution de la problématique

Il importe pour nous de préciser à cette étape de notre travail, la vision globale pouvant nous permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques retenus et par conséquent le problème général identifié.

Pour ce qui est du **PS1**, relatif au temps d'attente considérable des patients au niveau de la caisse, il faut remarquer que cette situation comporte des risques de fatigue sur l'état de santé des patients. Aussi, certaines affections peuvent se compliquer et rendre difficile le diagnostic et inefficaces les premiers soins. La ressource « temps » est donc une des ressources les plus précieuses dans le processus de prise en charge du patient. Pour cela, nous nous serviront d'une approche basée sur les conditions de réduction du temps d'attente des patients à la caisse pour la résolution de ce problème.

En ce qui concerne le **PS2** relatif à l'administration de certains soins par des aides-soignants, nous pouvons signaler que cette situation touche non seulement à la qualité du personnel soignant mais aussi et surtout à la compétence et aux rôles de chaque acteur de soins dans le processus de prise en charge des patients. Dans une institution comme l'hôpital, chaque acteur doit savoir ce qu'il doit faire et avec qui et quand. Il doit également savoir ce qu'il ne doit pas faire et ce qu'il ne peut faire qu'avec l'accord de tel ou tel collaborateur. Mais il faut remarquer que tout ceci n'est possible que lorsque tous les acteurs offrent leur disponibilité effective au processus de prise en charge. Ainsi, l'analyse et la résolution de ce problème spécifique feront référence à une approche basée sur des mesures d'adéquations entre les qualifications professionnelles et les tâches exécutées.

S'agissant du **PS3**, concernant les ruptures de stocks de médicaments essentiels et de consommables médicaux, il faut remarquer qu'elles portent inévitablement atteinte à la qualité des soins par le fait qu'elles allongent le temps de la prise en charge des patients. Le début du traitement est marqué par l'administration des soins qui est elle même tributaire de l'existence ou non de produits pharmaceutiques adéquats et adaptables à l'affection en cours de traitements. Une permanente disponibilité en produits pharmaceutiques permettra de réduire le temps de prise en charge des patients et surtout d'améliorer la qualité des traitements qu'ils reçoivent. Les médicaments constituent de ce fait la vie de l'hôpital. Pour cela, la résolution du **PS3** fera référence à une approche basée sur une optimisation de la fonction achat. De ce fait, la lutte contre la pénurie continuera d'être une activité permanente qui méritera toujours plus d'attention, vigilance et dynamisme de la part des gestionnaires.

Enfin le **PS4**, relatif à la déficience en matériels et équipements pose de sérieuses difficultés dans l'accomplissement des actes. En effet, certains matériels existent en nombre insuffisant, d'autre comme les équipements installés depuis la création de l'hôpital de zone sont plus ou moins défectueux et méritent d'être réparés ou remplacés. Tout cela peut entraîner la lenteur et la mauvaise qualité de certains actes malgré l'effectif en personnel plus ou moins acceptable. Il faut noter que les équipements et le matériel sont les moteurs sans lesquels, aucune prestation de qualité n'est possible. Leur gestion consiste essentiellement à veiller à ce que toutes les unités de soins disposent à tout moment d'un

minimum d'équipements leur permettant de travailler dans les conditions compatibles aux tâches qui leurs sont assignées. La gestion des équipements exige également de bonnes politiques d'entretien et de maintenance à travers des actions curatives et préventives appropriés. Nous avons donc estimé qu'en utilisant une approche basée sur les conditions de gestion rationnelle et efficace des équipements et matériels, nous pourrions contribuer à la résolution du problème en question.

Tableau n°4 : Synthèse de la vision globale de résolution par problème

| Niveaux spécifiques | Problèmes spécifiques | Approches retenus |
|---------------------|--|---|
| 1 | Temps d'attente considérable des patients au niveau de la caisse | Approche basée sur les conditions de réduction du temps d'attente des patients à la caisse |
| 2 | Administration de certains soins par des aides-soignants | Approche basée sur des mesures d'adéquations entre les qualifications professionnelles et les tâches exécutées. |
| 3 | Ruptures de stocks de produits pharmaceutiques | Approche basée sur une optimisation de la fonction achat. |
| 4 | Déficiência en matériels et équipements | Approche basée sur les conditions de gestion rationnelle et efficace des équipements et matériels |

Cette vision globale de résolution que nous venons de retenir peut être restituée à travers une démarche en dix (10) étapes présentées de la manière suivante :

- fixation des objectifs de la recherche
- formulation des hypothèses de travail
- constitution du tableau de bord de l'étude
- revue de la littérature
- choix de l'outil de mobilisation de données
- choix de l'outil d'analyse des données.
- mobilisation des données
- analyse des données
- établissement du diagnostic
- approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.

CHAPITRE PREMIER:
DU CADRE THEORIQUE A LA
METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Section 1 : Objectifs, Hypothèses et Tableau de bord de l'étude

Dans cette section, nous fixerons nos objectifs de recherche ; nous déterminerons les causes plausibles qui nous permettront ensuite de formuler les hypothèses et enfin, nous élaborerons le tableau de bord de notre étude.

Paragraphe 1 : Objectifs et Hypothèses de l'étude

Avant de fixer les objectifs de l'étude, il convient de faire un rappel des problèmes à résoudre.

Problème général

Conditions peu favorables à une prise en charge qualitative des patients à l'HZ/AS.

Problèmes Spécifiques

- Longue attente des patients à la caisse
- Administration de certains soins par des aides-soignants
- Rupture de stocks de produits pharmaceutiques
- Déficience en matériels et équipements

I. Fixation des objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude ont été fixés par rapport à chacun des problèmes à résoudre.

Ces objectifs se présentent comme suit :

A- Objectif Général

L'objectif général de cette étude est de :

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'HZ/AS.

B- Objectifs Spécifiques

Les objectifs spécifiques de notre étude sont de :

- ✓ Envisager des solutions de réduction du temps d'attente des patients à la caisse.

(Objectif Spécifique N°1)

- ✓ Proposer des mesures d'une meilleure adéquation entre les qualifications professionnelles et les tâches exécutées par les aides-soignants. **(Objectif Spécifique N°2)**

- ✓ Proposer des mesures d'atténuation des ruptures de stocks de produits pharmaceutiques. **(Objectif Spécifique N°3)**
- ✓ Suggérer des mécanismes pour doter les services de matériels et d'équipements nécessaires à la réalisation de prestations de qualité. **(Objectif Spécifique N°4)**

II. Formulation des Hypothèses

Il s'agira dans cette partie, d'identifier les causes supposées à la base de chaque problème spécifique, ensuite de se servir de la cause la plus plausible pour formuler l'hypothèse de recherche.

A. Causes et Hypothèses liées aux Problèmes Spécifiques (PS)

1- Causes et Hypothèse liées au (PS1)

Concernant le problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse, pris dans son contexte actuel, nous avons identifié deux (2) causes supposées à l'origine. Ces causes sont classées par ordre d'importance croissante. Nous avons :

- ✓ Guichet unique
- ✓ Caractère manuel de l'exécution des tâches

En considérant le système de guichet unique comme cause supposée, nous nous rendons compte qu'elle a un pouvoir explicatif faible. En effet, ce système adopté par l'administration contribue à la sécurisation et au suivi des recettes totales de l'hôpital. D'un autre côté, quand nous prenons le caractère manuel de l'exécution des tâches, il nous paraît plus pertinent en ce sens que, au cours de notre passage dans la section, nous avons observé le nombre important des documents que chaque agent remplit et les difficultés que pose le recours aux feuilles de tarification avant l'établissement des factures. Ainsi, nous formulons l'Hypothèse Spécifique N°1 de notre recherche comme suit : Le caractère manuel de l'exécution des tâches est à la base du temps d'attente considérable des patients à la caisse.

2- Causes et Hypothèse liées au (PS 2)

Après analyse du problème de l'administration de certains soins par des aides soignants, nous avons recensé deux (2) causes possibles classées par ordre croissant d'importance comme suit :

- ✓ Absences et retards de certains acteurs de soins
- ✓ Affluences des patients.

A priori, les absences et retards de certains acteurs peuvent expliquer l'administration de soins par des aides soignants. Mais il faut reconnaître que ce phénomène ne se produit pas dans tous

les services de l'hôpital. Il peut simplement trouver de solution par des contrôles réguliers et surtout inopinés. Dans ce contexte, la cause insuffisance de personnel n'est pas aussi pertinente que les affluences des patients constatés.

En ce qui concerne cette dernière cause liée à l'administration de certains soins par des aides soignants, il convient de noter qu'elle semble plus indiquée à expliquer le problème. En effet, la consultation de certains rapports annuels nous a fait constaté l'accroissement du taux de fréquentation de l'hôpital. Aussi avons-nous constaté des attroupements de patients devant les salles de consultations. Cette situation crée un déséquilibre entre le nombre déjà limité d'agents de soins et les tâches à accomplir. Pour ce faire, l'Hypothèse Spécifique N°1 de cette étude sera formulée de la façon suivante : **l'administration de certains soins par des aides soignants émane des affluences des patients.**

3- Causes et Hypothèse liées au PS 3

S'agissant du problème des ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques, les causes possibles identifiées sont :

- ✓ Insuffisance des activités de suivi des stocks.
- ✓ Non disponibilité de certains produits par la CAME.

En retenant l'insuffisance des activités de suivi des stocks, nous constatons que cette cause a un pouvoir explicatif faible. En effet, l'administration contrôle déjà les entrées et les sorties de stocks, établit les statistiques des consommations par service et assure le renouvellement des stocks en tenant compte des statistiques de consommation et des délais de livraison. Malgré toutes ces activités, les ruptures persistent. La cause profonde est donc ailleurs. Ainsi, en considérant la non disponibilité de certains médicaments par la CAME, nous nous rapprochons inévitablement de la source du problème. Lorsque des dysfonctionnements surviennent au niveau du fournisseur principal, il est clair que les stocks au niveau des hôpitaux reçoivent un coup. Cet état de chose limite les marges de manœuvres de l'administration condamnant parfois les services techniques à évoluer dans le risque d'imprévisibilité. A ce titre, nous formulons L'Hypothèse Spécifique N°3 de notre étude de la manière suivante : **La non disponibilité de certains produits à la CAME engendre des ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques.**

4- Causes et Hypothèse liées au PS 4

Par rapport au problème de déficience en matériels et équipements, nous avons relevé deux (2) causes possibles classées par ordre croissant d'importance comme suit :

- ✓ Mauvaise qualité des équipements ;
- ✓ Absence de maintenance préventive.

Les problèmes de la qualité des équipements proviennent de la grande diversité qui caractérise leurs origines. Il y a aussi lieu de mentionner que plusieurs équipements proviennent des dons qui ne sont pas en adéquation avec les besoins réels. La qualité douteuse des équipements étant un fait, l'on se demande comment se fait la gestion des matériels et équipements disponibles. Aussi, chaque année d'importantes sommes sont investies par l'administration dans l'achat des matériels et équipements. Mais force est de constater que tous ces efforts ne sont pas très perceptibles sur le terrain car ils sont très tôt annihilés du fait d'un manque d'entretien et de maintenance.

Comme corollaire, plusieurs équipements médico- techniques sont abandonnés aujourd'hui dans l'hôpital faute de maintenance. Cet état de chose nous amène à formuler l'hypothèse spécifique n°4 de notre étude de la façon suivante : **la déficience en matériels et équipements provient de l'absence de maintenance préventive à l'HZ/AS.**

Paragraphe 2 : Tableau de bord de l'étude

Ce tableau est un récapitulatif de la problématique choisie, des problèmes spécifiques retenus, des causes supposées à l'origine des problèmes et des hypothèses de travail ci-dessous exposés. Il se présente comme suit :

Tableau n°5 : Tableau de bord de l'étude

| NIVEAU D'ANALYSE | PROBLEMES | OBJECTIFS | CAUSES SUPPOSEES | HYPOTHESES |
|--------------------------|--|--|---|--|
| NIVEAU GENERAL | <u>PROBLEMES GENERAL :</u> Conditions peu favorables à une prise en charge qualitative des patients à l'HZ/AS | <u>OBJECTIF GENERAL :</u> Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'HZ/AS. | <u>CAUSE GENERALE :</u> - | <u>HYPOTHESE GENERALE:</u> - |
| | <u>PROBLEME SPECIFIQUE N°1 :</u> | <u>OBJECTIF SPECIFIQUE N°1 :</u> | <u>CAUSE SPECIFIQUE N°1 :</u> | <u>HYPOTHESE SPECIFIQUE N°1 :</u> |
| 1 | Longue attente des patients à la caisse | Envisager des solutions de réduction du temps d'attente des patients à la caisse. | Caractère manuel de l'exécution des tâches | Le caractère manuel de l'exécution des tâches est à la base du temps d'attente considérable des patients à la caisse |
| 2 | Administration de certains soins par des aides soignants | Proposer des mesures d'une meilleure adéquation entre les qualifications professionnelles et les tâches exécutées par les aides-soignants. | Affluences des patients | l'administration de certains soins par des aides soignants émane des affluences des patients |
| NIVEAU SPECIFIQUE | <u>PROBLEME SPECIFIQUE N°3 :</u> | <u>OBJECTIF SPECIFIQUE N°3 :</u> | <u>CAUSE SPECIFIQUE N°3 :</u> | <u>HYPOTHESE SPECIFIQUE N°3 :</u> |
| | 3 | Ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques | Proposer des mesures d'atténuation des ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques. | Non disponibilité de certains produits à la CAME. |
| 4 | Déficiency en matériels et équipements | Suggérer des mécanismes pour doter les services de matériels et d'équipements nécessaires à la réalisation de prestations de qualité. | Absence de maintenance préventive. | La déficiency en matériels et équipements provient de l'absence de maintenance préventive. |

Section 2 : Revue de littérature et méthodologie de l'étude.

Paragraphe I : Revue de littérature.

L'hôpital est une entreprise dont l'environnement à dimensions multiple, complexe et incertain lie des individus venant d'horizons divers avec des aptitudes, des compétences, des qualités, des attentes et des besoins. Selon **Phelps** (1995), l'hôpital est assimilé à une entreprise dont la fonction de production de santé peut s'écrire : $S = g(m)$ où S désigne le produit « santé » et m les « soins médicaux » ; c'est-à-dire un ensemble d'activités destinées à rétablir ou à accroître le capital santé.

Dans cette perspective, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient devient une démarche permanente qui méritera toujours dynamisme et pragmatisme de la part de tous les acteurs qui y sont impliqués. En effet, pour **de Kervasdoué et Lacronique** (1981), toute amélioration portant sur l'une ou l'autre des variables (sécurité confort, accessibilité, coût) même si elle n'a pas d'incidence sur l'efficacité (au sens de la baisse de la mortalité, de la morbidité ou de l'infirmité), pourra être considérée comme une contribution à la qualité des soins et l'accroissement du bien-être. La littérature consacrée à cette thématique est relativement abondante. Mais, dans cette partie nous ferons le point des connaissances liées aux différents problèmes spécifiques qui sont sous le couvert de la thématique du problème général : « conditions peu favorables à une prise en charge qualitative des patients à l'HZ/AS ».

I- Exposé des contributions antérieures au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse

L'économie de la santé, en particulier sous l'impulsion des travaux fondateurs de **Arrow** (1963), s'est initialement construite en empruntant aux outils de la théorie économique standard. Ainsi, l'hôpital est assimilé à une entreprise comme les autres. Il est représenté par une fonction de production. **Phelps** (1995), par exemple n'envisage pas la moindre différence entre la production automobile et celle de la santé. Pour une meilleure performance de ce système de production, la satisfaction des clients devient une priorité. Elle débute dès l'entrée du patient par un meilleur accueil qui est tributaire de plusieurs facteurs dont le temps, l'une des ressources les plus précieuses d'un hôpital. En effet, la littérature consacrée à la gestion du temps dans les hôpitaux est relativement abondante. Mais les travaux réalisés sur les temps d'attente à la caisse sont assez rares. Pour ce faire, cette revue de littérature portera sur les études se rapportant aux temps d'attente de façon générale à l'hôpital.

Ainsi, dans le cahier des charges pour l'informatisation des services d'urgences, **Lannehoa** (2006), indique que le nombre des admissions dans les urgences augmente d'année en année. De la même manière, la redondance des saisies d'information est une perte de temps et une source d'erreurs. Pour lui, l'amélioration de l'intégrité et de l'accessibilité des informations est un élément clé pour assurer la qualité et la continuité des soins dans les services d'urgence. Toujours dans le même contexte, la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) a publié en 2004 un rapport d'audit sur le temps d'attente aux urgences d'où il ressortait que les temps d'attente aux examens de laboratoire et/ou d'imagerie font partie des principaux goulots d'étranglement dans les services d'urgences. Parmi les mesures proposées à l'étude pour le second volet de la mission figure l'amélioration de la transmission des résultats d'examens de biologie. Dans ce cadre, les fonctions de demande d'actes et de mise à disposition des résultats d'analyse et des comptes-rendus d'imagerie apportent une aide importante.

Au Bénin et plus précisément dans les départements du Borgou et de l'Alibori, le Programme d'appui au Développement Sanitaire (PADS) a réalisé en 1995 plusieurs études. Celles-ci ont montré que le problème d'accueil se pose dans les centres communaux de santé comme ceux de Derasi et de Tèbo dans le Borgou où le temps d'attente des patients est long les matins à cause du retard qu'accusent les agents à commencer les consultations et les soins. **Déguenon** (2001), chercheur associé au DRSHS/CBRST a réalisé une étude sur les déterminants socio anthropologiques de la qualité du service dans les formations sanitaires en milieu urbain. Les résultats de cette étude ont révélé un temps d'attente trop long des patients au service de médecine, de chirurgie, de la maternité, d'ophtalmologie et d'ORL avec un taux de performance de 60,33%.

Toujours dans le cadre de la gestion du temps, les formations sanitaires de l'ancienne sous-préfecture d'Abomey-Calavi ont fait l'objet d'une étude réalisée par **Nongo N'djeka** (1997). Cette étude a révélé que le temps de travail est mal géré dans la quasi-totalité de ces formations sanitaires, qu'il existe des files d'attente dans presque tous ces centres avec un ratio moyen de 0,82 et que dans 75% des dites formations, on note des rongeurs de temps. L'auteur a donc proposé, pour la résolution du problème des files d'attente, la mise en place de positionnement des postes de services en parallèle et mixte. Nous constatons donc que depuis dix (10) ans, le problème de la gestion du temps d'attente des patients demeure permanent dans la Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi / Sô-ava.

II- Exposé des contributions antérieures au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants

Les manifestations indésirables liées à la prestation des soins sont responsables de nombreux cas de morbidité, de traumatismes et de décès.

Des études réalisées dans plusieurs pays ont fait apparaître un taux de manifestations indésirables oscillant entre 3,5 et 16,6% chez les patients hospitalisés. En moyenne un malade hospitalisé sur dix subit un préjudice évitable qui peut entraîner une incapacité grave voire la mort (**Wilson et al.** 1995). Les activités des professionnels de la santé sont élaborées principalement dans les rapports sociaux. L'ensemble complexe des actions orientées par les acteurs et par les positions que ceux-ci occupent dans le système, caractérise des stratégies qui peuvent être influencées par les obstacles et les limites de ces rapports et ceux qui ont pour but la résolution des rapports liées à l'organisation de l'action (**Lopes** 1995). Il ressort donc de ces études, que la pratique infirmière a des caractéristiques définies par les rapports sociaux qui sont établis entre les professionnels de la santé dans le processus de la prise en charge des patients.

Almeida et Rucha (1997) et **Lima** (1998) indiquent, dans une analyse historique, que le travail de l'infirmier était initialement subordonné au travail médical, car il s'est révélé dans la division verticale du travail dans le domaine de la santé que les tâches manuelles, auparavant exécutées par le médecin ont été peu à peu incorporées au travail de l'infirmier. Pour **Gustavo** (2001), le travail de l'équipe soignante, dirigé par l'infirmier est un des éléments participant au processus du travail collectif de santé, mais dans le sens d'une subordination. Les soins infirmiers se présentent donc comme une pratique en continu, durant vingt quatre heures. Ainsi, pour cet auteur, l'infirmier devient un professionnel référant pour les autres services, en raison de sa capacité à informer sur l'état du patient de manière fiable, mais aussi parce qu'elle contribue à la discussion sur les conduites thérapeutiques à adopter. Dans l'équipe soignante, on observe une même trame de relations d'interdépendance entre l'infirmier et l'aide soignant. L'infirmier dépend des informations que l'aide soignant fournit sur les patients, et ce dernier a besoin de divers éclaircissement, soit sur des médicaments et des actes médicaux, soit sur l'état du patient.

Moreau (2006) indique que les soins infirmiers sont depuis des décennies réalisés par deux fonctions complémentaires : la fonction infirmière et la fonction aide soignante. Pour elle, cette intimité ne va pas sans poser quelques problèmes d'identité et de rôles dans la mission soignante. Il ne faut pas s'étonner que les aides soignants aient tant de satisfaction à réaliser les tâches légalement dévolues aux infirmiers au travers de la prescription médicale. Qu'elles poussent en quelque sorte au glissement de fonction, fortement encouragées d'ailleurs par bon nombre de directeurs de clinique qui emploient des aides soignants pour faire ouvertement fonction d'infirmière.

Il résulte de ces différentes approches que la capacité d'exécuter une activité dans les conditions de travail existantes ou de manière spécifiée n'est pas une qualification professionnelle réellement requise.

III- Exposé des contributions antérieures au problème de rupture de stocks de médicaments et de consommables médicaux.

L'extension de la couverture en soins de santé a entraîné un accroissement de la demande en médicaments. Les efforts déployés par de nombreux pays en développement ont été entravés par un certain nombre de difficultés touchant l'approvisionnement et les systèmes de gestion des achats. En effet, une étude réalisée sur l'utilisation des agents de santé communautaires dans divers pays par **Ofosou-Amaah** (1983), sous le couvert de l'OMS a montré qu'au Ghana, au Libéria, en Somalie, au Soudan et à Sri Lanka, les approvisionnements sont très insuffisants. Selon cette étude, le cas du Libéria est particulièrement marqué par de fréquentes pénuries même pour les médicaments de première nécessité. Le constat était le même au Ghana où les pénuries observées à l'échelon du dispensaire communautaire provenaient du manque de médicaments à l'échelon central. Virginia OFOSOU-AMAAH propose une augmentation des crédits accordés à l'achat des médicaments et une décentralisation des principales centrales d'achat au niveau de chacun des pays concernés par l'étude.

En 1994, un groupe consultatif de l'OMS sur les hôpitaux a réalisé une étude sur les déterminants du travail accompli par les hôpitaux. Les résultats de cette étude ont montré que dans certains pays en développement, les stocks de médicaments sont toujours insuffisants. Cette situation est marquée par l'existence de différences considérables entre les approvisionnements pharmaceutiques du fait de la production, des importations et des exportations. Le groupe consultatif a donc recommandé que les pays établissent dans le cadre de leurs politiques et structures sanitaires nationales, une stratégie pharmaceutique précisant clairement les rôles et les fonctions à remplir et les cibles à atteindre.

En 1997, un rapport de l'Unicef indique qu'au Cameroun, l'accès aux médicaments essentiels sous nom générique a été une priorité à l'occasion de l'implantation de l'Initiative de Bamako (IB) comparativement aux autres composantes de la politique. Néanmoins, cela n'a pas empêché, comme dans sept autres pays de la région, de faire face à des ruptures importantes de stocks mettant ainsi en péril la crédibilité de l'IB.

Pour **Audibert et Mathonnat** (2000), l'approvisionnement en médicaments essentiels demeure encore aléatoire et certains établissements ont eu à subir des ruptures de stocks essentiellement provoquées par des difficultés au niveau central. Il y a alors lieu de s'interroger sur l'efficacité de l'Initiative de Bamako. La problématique d'un performant système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques reste une des préoccupations majeures de nos formations sanitaires.

Ainsi, face aux difficultés d'approvisionnement en produits pharmaceutiques au service de pharmacie du CNHU.H.K.M, **Azondékou** (2004), dans le cadre de son mémoire de fin de formation au

cycle I, révèle des ruptures chroniques et fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques entraînant la suspension de prestations dans certains services techniques. Il propose une amélioration du processus d'approvisionnement à travers une meilleure sélection et un cycle d'approvisionnement tenant compte de la gamme des médicaments disponibles, des quantités habituelles obtenues et les disponibilités financières. **Ahoussinou** (1998), a révélé pour sa part dans une étude réalisée sur les prescriptions et dispensations des médicaments essentiels sous non génériques en République du Bénin, que le secteur public est frappé par une pénurie de médicaments à 49,7%.

Selon **Ahoussinou**, cette pénurie est essentiellement due à la non disponibilité d'une demie douzaine de médicaments à la CAME, signalé par 40% de formations sanitaires enquêtées. Il propose une réforme de la politique pharmaceutique nationale basée sur une assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments en général et des médicaments essentiels sous non générique en particulier sur toute l'étendue du territoire national.

Des travaux de **Ahoussinou** (1998) à ce jour, la disponibilité des produits pharmaceutiques à la CAME reste une des équations les plus difficiles à résoudre dans le processus d'approvisionnement par nos formations sanitaires.

IV- Exposé des contributions antérieures au problème de déficience en matériels et équipements.

Les techniques de maîtrise des risques et d'optimisation de la disponibilité des équipements sont lourdes à mettre en œuvre et nécessitent une bonne approche méthodologique. Dans certains pays comme le Bénin, l'absence de matériel médical en état de fonctionnement compromet gravement l'action des personnels de santé. Souvent ce matériel a été acquis à la demande de certains médecins ou à la suite d'offre de donateurs étrangers, sans que l'on se soit beaucoup soucié des perspectives d'entretien et de remplacement. Une étude technique faite pour le service de santé du Royaume-Uni incite à penser que l'entretien coûte chaque année de 6 à 10% de la valeur en capital et que le matériel dure de 6 à 10 ans, ce qui revient à dire que le maintien du matériel en bon état de marche coûterait annuellement de 16 à 25% de la valeur en capital **Bloom** (1989)

En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé a organisé la première réunion inter régionale sur l'entretien et la réparation des équipements de soins de santé à Nicosie. Les participants à la réunion de Nicosie ont estimé que les pays ou organismes donateurs se rendent souvent mal compte qu'il ne faut pas seulement du matériel mais aussi des crédits pour l'entretenir, les participants ont instamment demander qu'au moins 20% des fonds attribués par les donateurs à la fourniture de matériels soient

consacrés à assurer son entretien ou sa réparation pendant les trois années suivant l'expiration de la période de garantie.

Une série d'études réalisées par **Michel'son et Dmitriekov** (1990) en URSS a montré que les énormes possibilités de la médecine ne peuvent se concrétiser si l'équipement n'est pas correctement entretenu. Selon ces auteurs, aucun pays n'est capable à lui seul de fournir au secteur de la santé tous les appareils dont il a besoin, tout en assurant un niveau satisfaisant de maintenance.

Koumar (1989), quant à lui, révèle que les grands hôpitaux ont souvent du matériel de rechange en excédent, alors que les établissements de périphérie manquent des appareils les plus courants, les moyens disponibles étant en outre fréquemment hors d'état de marche, faute d'entretien régulier ou de réparation.

Toujours dans le cadre de la gestion des équipements, **Fade** (1993) a réalisé une étude sur la politique d'acquisition des équipements biomédicaux en milieu hospitalier. Les résultats de cette étude ont indiqué que sur un total de 125 appareils biomédicaux recensés dans trois différents services du CNHU, moins d'une quinzaine sont en bon état de fonctionnement soit un pourcentage de moins de 9% de l'ensemble. Les appareils qui sont hors d'usage sont malheureusement en grand nombre et font 70% de l'ensemble. L'auteur recommande donc un renforcement du service de maintenance à travers la mise en application d'un plan ou d'une politique d'entretien permettant d'obtenir un état le plus favorable de la gestion de ces appareils en réduisant le coût des défaillances.

Parmi les nombreux travaux consacrés à la thématique de la déficience en matériels et équipements dans les centres hospitaliers, s'inscrit l'étude réalisée par **Ocloo** (1998) sur la mesure de la qualité des prestations au centre hospitalier départemental du Zou. Les résultats de cette étude ont montré que la proportion de matériels fonctionnels varie d'un service à un autre ; soit 95% en pédiatrie, 78% en médecine, 67% en chirurgie et 96% à la maternité. Par ailleurs, dans le but d'améliorer la gestion des services de santé, le ministère de la santé par le financement du projet santé publique a élaboré des outils et documents de gestion administrative comme « Norme et Standards pour la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires », « Politique de maintenance des infrastructures, des équipements médicaux techniques et du parc automobile. »

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude.

La méthodologie de cette étude embrassera d'une part une approche empirique consacrée à la description des méthodes d'enquête et d'autre part à une approche théorique issue des contributions antérieures aux problèmes spécifiques retenus.

I- Approche empirique.

Elle nous a permis de mettre en exergue la méthode d'enquête envisagée. Les étapes franchies dans cette enquête sont les suivantes :

- objectif de l'enquête ;
- population mère ;
- nature de l'enquête ;
- échantillonnage ;
- spécification des données à recueillir ;
- conception des questions d'enquête ;
- techniques et outils de présentation des données.

A- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère.

1- Objectif de l'enquête

- Notre enquête a pour objectif de collecter les données nécessaires à la vérification des hypothèses précédemment formulées.

2- Population mère

Dans la prospective d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, plusieurs conditions sont à remplir :

- personnel en nombre suffisant et bien qualifié ;
- temps d'attente acceptable des patients ;
- système performant d'approvisionnement en produits pharmaceutiques ;
- niveau d'équipement adapté à la mission de l'hôpital dans la pyramide sanitaire.

Pour cela, dans le cadre de cette étude, notre enquête sera orientée vers :

- les différents personnels (médicaux, paramédicaux, administratifs et de soutien)
- les patients et quelques accompagnants
- les documents d'approvisionnement et de gestion des stocks des produits pharmaceutiques (Fiches de stocks, bons de commandes et bordereaux de livraisons)
- les équipements par service.

B- Nature de l'enquête et échantillonnage.

1- Nature de l'enquête.

Pour atteindre les objectifs ci-dessus cités, le choix de la méthode d'enquête a été fait à partir de la population concernée par la vérification de chacune des hypothèses.

En effet, en ce qui concerne l'hypothèse spécifique n°1 relative au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse, nous avons procédé à une enquête par sondage à l'aide d'un guide d'entretien. L'hypothèse spécifique n°2 relative au problème d'administration de certains soins par des aides soignants, interpelle d'une part les aides soignants et d'autre part les patients hospitalisés. Ainsi, nous nous sommes servis d'un questionnaire pour collecter les informations à leur niveau. La méthode d'enquête utilisée est le sondage.

Pour ce qui est de l'hypothèse spécifique n°3 relative au problème de ruptures de stocks de produits pharmaceutiques, nous avons procédé à une analyse des fiches de stocks par une revue documentaire. Enfin, pour ce qui concerne l'hypothèse spécifique n°4 relative au problème de déficience en matériels et équipements, nous avons procédé par recensement suivi d'un entretien pour collecter les informations nécessaires à sa vérification.

2- Echantillonnage.

Pour le problème spécifique n°1, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage au jugé pour les clients qui se présentent à la caisse. Ici, le jugement a porté sur les patients venus en consultation et/ou pour payer les frais d'examens complémentaires et/ou de médicaments. Notre enquête a duré dix jours ce qui porte la taille de notre échantillon à 118 clients.

Quant au problème spécifique n°2, la méthode d'échantillonnage probabiliste a été utilisée pour les patients hospitalisés. Chacun d'eux ayant une chance d'être sélectionné. La technique utilisée est la stratification. Afin d'avoir un échantillon représentatif des patients, chaque service a constitué une strate. Nous avons utilisé la dixième partie (1/10^e) de la moyenne des hospitalisations mensuelles par service ; soit 11 en médecine, 21 en pédiatrie, 10 en chirurgie et 12 en gynécologie. La taille de notre échantillon a donc été de 54 patients hospitalisés. Pour ce qui est des aides soignants, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage exhaustive compte tenu de leur effectif réduit. Au total, 26 aides soignants ont fait objet de nos investigations.

En considérant le nombre optimal de commandes à partir des prévisions de consommations annuelles, nous avons donc choisis de nous interroger sur la moyenne annuelle des produits pharmaceutiques livrables par la CAME. L'exercice 2007 n'étant pas clôturé, les bons de commande,

les bordereaux de livraison de produits pharmaceutiques de l'exercice 2006 et les fiches de stocks de certains produits ont été choisis de façon aléatoire pour mener cette enquête rétrospective. En somme, 12 bons de commandes et 45 fiches de stocks ont été utilisés dans le cadre de cette enquête pour la vérification de l'hypothèse spécifique n°3.

Enfin, pour l'hypothèse spécifique n°4, nous avons utilisé le document « ITODJU des équipements et infrastructures » réalisé par l'administration dans le cadre d'un inventaire.

Notre échantillon est constitué des équipements médicaux techniques entrant dans la prise en charge du patient et qui ont fait objet dudit inventaire. Notons également qu'un entretien a été accordé à tous les chefs services techniques. La taille de cet échantillon exhaustif est de 10.

C- Spécification des données à recueillir et conception des fiches d'enquête.

Afin de rendre exploitables les données à recueillir par notre enquête, nous les avons spécifiés à travers les indicateurs consignés dans le tableau ci-après. Les fiches d'enquête sont annexées au document.

Tableau n°6 : Synthèse de la méthode d'étude.

| Axes de recherche | Indicateurs | Techniques | Cibles |
|--------------------------|--|------------------------|---|
| Soins | -Degré de satisfaction des patients. - Qualité de l'acteur de soins. - Situation d'inadéquation entre qualité et tâches exécutées. | Observation et sondage | Aides soignants et patients hospitalisés |
| Temps | - nombre de documents par client - Temps passé par client - Fréquences des files d'attente | Observation et sondage | Patients venus pour : - Consultation - Examens complémentaires - Médicaments |
| Médicaments | - Gestion des stocks - Ruptures des stocks - Durée des ruptures - Pourcentage de produits pharmaceutiques livrés par la CAME | Revue documentaire | Fiches de stocks, bons de commande et bordereaux de livraisons |

| | | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|--|
| Matériels et équipements | - Fonctionnel - Non fonctionnel - Fréquence des pannes | Revue documentaire et entretien | Matériels et équipements médico techniques et chefs services techniques. |
|--------------------------|--|---------------------------------|--|

D- Technique de dépouillement et outils de présentation des données

Le dépouillement des résultats d'enquête s'est effectué d'une part manuellement selon une procédure thématique en raison des échantillons de petites tailles et d'autre part par l'usage de l'outil informatique. Quant aux analyses, elles ont été faites par le logiciel Excel 2003 et par un regroupement des informations en variables et indicateurs auxquels des scores ont été attribués.

II- Approches théoriques.

A- Choix théorique lié au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse.

1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

a) Présentation de la théorie retenue.

L'approche théorique « optimisation du cycle des actes » contenue dans le CRPS (Compte Rendu de Production de Soins) de la Société Francophone de médecine d'urgence a été retenue pour résoudre ce problème.

b) Norme ou repère d'amélioration.

Les principes proposés dans ce document pour diminuer les temps d'attente des patients sont basés sur les moyens ci-après :

- Gestion des flux et de priorités de prise en charge ;
- Diminution des tâches répétitives ;
- Accélération de l'accès aux informations du patient ;
- Diminution des délais de commande et de réception des examens complémentaires ;
- Identification du malade.

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°1

Les questions posées à ce niveau étant essentiellement des questions semi-ouvertes, les causes qui sont majoritairement identifiées par les enquêtés lors de nos entretiens sont considérées comme causes réelles.

B- Choix théorique lié au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants.

1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

a) Présentation de la théorie retenue.

L'approche théorique retenue pour la résolution de ce problème est celle basée sur les conditions d'adéquation entre les profils et les postes proposés par l'ISADE sa dans le document « Elaboration de la politique de gestion des ressources humaines du ministère de la santé du Benin »

b) Norme ou repère d'amélioration.

Pour assurer l'adéquation des profils et des postes, prendre les mesures d'ordre organisationnel suivantes :

- Le recrutement tout au long de la pyramide sanitaire à partir de l'organigramme juridique et des postes de travail ;
- A partir d'un répertoire, définir par structure les postes des emplois des classifications professionnelles, les profils existants et requis, les postes à créer ou à supprimer ;
- Une claire définition des conditions de base, de formation et de classifications professionnelles requises pour l'occupation des postes ;
- Une diffusion des postes vacants, dans le cadre d'une politique de saine compétition et de promotion interne ;
- La description des postes de travail, par les références du type : code poste, intitulé du poste, résumé, succinct, tâches mener, exigences requises pour tenir le poste, performances attendues, critères de performance etc.
- La création d'un fichier informatisé des postes accessibles notamment par le code d'identification du poste.

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°2

Le seuil de décision prend en compte à la fois le questionnaire adressé aux aides soignants des différents services techniques et celui adressé aux patients hospitalisés. Pour les questions fermées adressées aux aides soignants, les vraies causes du problème sont retenues à partir des données ayant un poids supérieur à 60% de la fréquence relative calculée.

Par rapport aux questions directes adressées aux patients hospitalisés, les causes réelles sont identifiées à partir des réponses recueillies auprès de la majorité des patients (50% de la fréquence relative).

C- Choix théorique lié au problème des ruptures de stocks de produits pharmaceutiques.

1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

a) Présentation de la théorie retenue.

Face au problème de ruptures fréquentes des stocks de produits pharmaceutiques, nous avons retenu l'approche pour une amélioration de la fonction achat présentée par **Collec** (2001) dans son mémoire à l'Ecole Nationale de la Santé Publique réalisé en 2001.

b) Norme ou repère d'amélioration.

Collec (2001) propose pour la résolution de ce problème les solutions suivantes :

- Réorganisation de la fonction achat ;
- Amélioration du processus d'achat ;
- Instauration d'un contrôle de gestion par le biais d'indicateurs adaptés au centre.

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°3

Seront considérés comme causes réelles, les causes identifiées de façon majoritaire après analyse des fiches de stocks, des bons de commandes et les bordereaux de livraison utilisés lors de l'enquête.

D- Choix théorique lié au problème de déficience en matériel et équipements.

1-Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration liés à la thématique portée.

a) Présentation de la théorie retenue.

La théorie retenue pour la résolution du problème de déficience en matériels et équipements est celle de **Bénanteur et al.** (2000) qui a proposé une approche théorique basée sur la performance du système de gestion de la fonction équipement.

b) Norme ou repère d'amélioration.

A travers cette approche, **Bénanteur et al.** (2000) propose les moyens d'amélioration suivants :

- Mise à disposition des équipements en fonction des besoins et, par voie de conséquence, un juste dimensionnement du parc équipements ;
- Répartition plus équitable des équipements ;
- Homogénéisation des équipements à travers l'analyse très fine des besoins réels et des taux d'utilisation ;
- Assurer la maintenance préventive en organisant une rotation des équipements ;
- Mettre en place une démarche d'entretien permanent ;
- Lister les pannes les plus fréquentes et coter les différents équipements remplissant les mêmes fonctions afin de mieux orienter les décisions de réinvestissement.

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°4

Lorsqu'un matériel est fonctionnel, on attribue un score égal à 1. Dans le cas contraire, un score égal à 0 est attribué. La qualité de l'équipement d'un service sera affirmée si le score obtenu représente 70% du score total.

CHAPITRE DEUXIEME :

**De la collecte des données aux conditions
de mise en œuvre des solutions.**

Section 1 : De la collecte des données à l'établissement du diagnostic.

La présente section sera consacrée à la réalisation des enquêtes, à la présentation et à l'analyse des données afin de vérifier les hypothèses pour établir les diagnostics.

Paragraphe 1 : Collecte et présentation des données.

Il s'agira dans ce paragraphe de la collecte, de la présentation des données et de l'analyse des résultats de l'enquête.

I- Collecte des données.

Elle a été réalisée au moyen d'un questionnaire adressé aux personnels et aux patients, d'un guide d'entretien utilisé au niveau de la caisse, d'une fiche récapitulative tenant compte des documents d'approvisionnements et de gestion des produits pharmaceutiques et d'une fiche de recensement des matériels et équipements par service.

A- Difficultés rencontrées

Au nombre des difficultés rencontrées, nous avons :

- La non disponibilité du personnel enquêté dû à leur forte mobilité ;
- Le nombre important d'analphabètes rencontrés au sein des patients et qui nous a obligé à traduire de temps en temps le questionnaire en langues nationales ;
- La difficile catégorisation des équipements par service.

B- Limites de l'étude

Le personnel de santé a pour mission de soigner les clients, en un mot de les prendre en charge dans un environnement où un minimum de ressources est disponible pour leur donner satisfaction. La prise en charge du patient embrasse donc un domaine très vaste. Mais, le temps dont nous avons disposé pour mener nos investigations ne nous a pas permis d'aborder tous les aspects de la qualité des prestations de soins à l'HZ/AS. De même, d'éventuelles déformations des préoccupations véhiculées par les questions lues en langue nationales pourraient introduire des biais dans les réponses. Ainsi, ces constats pourraient empêcher une généralisation des résultats et limiter quelque part, la portée de nos conclusions.

II- Présentation et analyse des résultats d'enquête.

La présentation et l'analyse des données ont été faites par problème spécifique.

A- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse.

Le logiciel Epi info version 6.04 nous a permis de conduire le traitement des données recueillies. Les résultats obtenus au cours de nos investigations sont récapitulés dans les tableaux ci-après :

Tableau n°7 : Répartition des clients selon leur qualité

| Nature | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|--------------|-------------------|--------------------|
| Patient | 78 | 66,10 |
| Accompagnant | 40 | 33,90 |
| Total | 118 | 100,00 |

Tableau n°8 : Répartition des clients selon qu'ils aient été en file

| Présence de file | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|------------------|-------------------|--------------------|
| Oui | 81 | 68,65 |
| Non | 37 | 31,35 |
| Total | 118 | 100,00 |

Tableau n°9 : Nombre d'imprimés remplis (NI)

| Nature de l'acte | Effectif | Nombre D'imp. (NI) | NI/Cli ent ¹ |
|-------------------------|------------|--------------------|-------------------------|
| Consultation | 70 | 210 | 3 |
| Examen et /ou pharmacie | 48 | 242 | 5 |
| Total | 118 | 452 | 4 |

Tableau n°10 : Temps d'attente devant le caissier (TA)

| Nature de l'acte | (TA) En mte. | TMA/Cli ent ² |
|-------------------------|--------------|--------------------------|
| Consultation | 770 | 11 |
| Examen et /ou pharmacie | 720 | 15 |
| Total | 1490 | 13 |

Notre enquête a été réalisée au niveau de la caisse de l'hôpital sur une population randomisée de 118 clients. La répartition des clients selon leur qualité montrait une prédominance de patients : 66,10% contre 33,90% d'accompagnants (Tableau n°7). Cet état de chose nous amène à dire qu'à l'hôpital de zone de Calavi, la plupart des patients se présentent sans accompagnants. Parmi les 118 clients, objet de l'enquête, 70 étaient venus pour le paiement des frais de consultation (G1) et 48 pour les examens complémentaires et/ou l'achat de médicaments (G2).

En effet, durant les dix jours qu'a duré notre enquête, le nombre total d'imprimés remplis est de 210 pour le premier groupe et 242 pour le deuxième groupe. Il ressortait de cette analyse qu'une moyenne de 3 imprimés étaient remplis par client pour la consultation et 5 par client pour le paiement des frais d'examen complémentaires et/ou de médicaments.

La durée moyenne d'attente (DMA) est de 11 minutes par client pour le groupe 1 et de 15 minutes par client pour le groupe 2 (Tableau n°10).

A tout cela, il faut ajouter que la majorité (68,65%) des clients avait été présente dans une file d'attente avant de se faire servir (Tableau n°8). Cette constatation vient allonger la durée moyenne d'attente par client pour les deux groupes. Or la plupart d'entre eux étant des patients, ce temps d'attente considérable ne pourra pas rester sans effet sur leur santé.

Ces différents résultats juxtaposés nous permettent d'affirmer que la section Caisse de l'hôpital souffre d'un problème de gestion du temps lié à l'exécution de tâches répétitives.

B- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants.

Le traitement des données collectées a été effectué manuellement selon une procédure thématique. Les résultats obtenus sont consignés dans les tableaux suivants :

Tableau n°11 : Qualité de l'acteur de soins identifié par le patient.

| Acteur de soins | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------|
| Médecin ou infirmier (blouse blanche) | 24 | 44,45 |
| Aide soignant (blouse bleue) | 30 | 55,55 |
| Total | 54 | 100,00 |

Tableau n°12 : Satisfaction des patients.

| Avis | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|--------------|-------------------|--------------------|
| Oui | 16 | 29,63 |
| Non | 38 | 70,37 |
| Total | 54 | 100,00 |

Tableau n°13 : Degré des soins administrés par les aides soignants.

| Dimension des soins | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| Grands soins | 01 | 03,84 |
| Petits soins | 18 | 69,23 |
| Rien | 07 | 26,93 |
| Total | 26 | 100,00 |

Tableau n°14 : Situation d'inadéquation entre tâches et qualifications

| Causes | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|--------------|-------------------|--------------------|
| Absence | 05 | 19,23 |
| retards | 01 | 03,85 |
| Affluence | 20 | 76,92 |
| Total | 26 | 100,00 |

L'analyse du tableau n°11 montrait que 55,55% des patients hospitalisés ont reconnu avoir été soigné par des agents vêtus de blouse bleue (Aides soignants). Dans le même temps, la majorité des aides soignants (69,23%) ont affirmé avoir administré de petits soins aux patients. (Tableau n°13). Ce dernier résultat vient confirmer la déclaration des patients.

Aussi, le contrôle de satisfaction des patients après administration des soins (tableau n°12) avait indiqué que 70,37% des patients objet de l'enquête n'étaient pas satisfaits des soins qui leur sont administrés. La mesure de la satisfaction du patient est un élément important de la qualité.

Ces différentes déclarations posent le problème de la qualification de la « main soignante ». La recherche des probables situations pouvant amener les aides soignants à administrer des soins nous a conduits à identifier l'affluence des patients. En effet, 76,92% des aides soignants reconnaissent qu'ils administrent les soins pendant les périodes d'affluence. Mais, il faut nuancer ce constat par la qualité des enquêtés. Les causes retards et absences sont aussi vraisemblables en ce sens que le processus de soins est fait d'un ensemble d'activités qui exigent de chaque acteur une évidente ponctualité et une permanente disponibilité. A tout cela, il convient d'ajouter la conscience professionnelle que chaque acteur de soins doit avoir pour mener à bien les prestations pour lesquelles il a été engagé.

C- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème des ruptures de stocks de produits pharmaceutiques.

La présentation et l'analyse des résultats ont été faites sur la base de 43 fiches de stocks de médicaments et 22 fiches de stocks de consommables médicaux. La présentation des résultats issus de cet examen se trouve transcrit dans les tableaux ci-après :

Tableau n°15 : Présentation des ruptures par catégorie de PP.

| Produits Pharmaceutiques | Quantité | Nbre de rupture | Moyenne de rupture |
|--------------------------|-----------|-----------------|--------------------|
| Médicaments | 43 | 172 | 4 |
| Cons. Médicaux | 22 | 66 | 3 |
| Total | 65 | 239 | 3,65 |

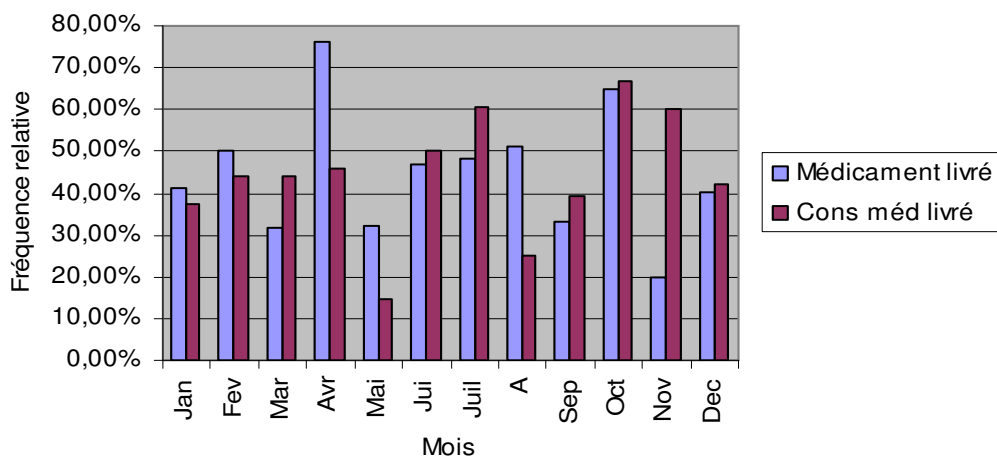
Tableau n°16 : Présentation des durées de ruptures par catégorie de PP.

| Produits pharmaceutiques | Quantité | Durée de Rupture (j) | Durée moy. De rupture/PP |
|--------------------------|-----------|----------------------|--------------------------|
| Médicaments | 43 | 645 | 33 |
| Cons. Médicaux | 22 | 220 | 28 |
| Total | 65 | 865 | 13,50 |

De notre revue documentaire et après examen de chacune des fiches de stocks, il ressortait que durant l'exercice 2006, l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi a connu en moyenne 4 ruptures de stocks par médicament et 3 par consommable médical. Au total, environ 4 ruptures de stocks par produit pharmaceutique ont été enregistrées. (Tableau n°15). La durée moyenne d'une rupture de stocks de médicaments est de 33 jours, celle des consommables médicaux est de 28 jours. En somme, une rupture de stocks de produits pharmaceutiques avait duré en moyenne 14 jours. (Tableau n°16) Dans le même contexte, l'utilisation des données recueillies sur les bons de commande et les bordereaux de livraison nous a permis de réaliser un histogramme qui donne une image de l'évolution des quantités de produits pharmaceutiques livrées par la CAME en fonction des commandes effectuées par l'hôpital.

Ainsi, le taux moyen annuel de disponibilité de produits pharmaceutiques a été calculé pour permettre d'envisager de probables projections de commandes.

Figure n°1 : Répartition des quantités de produits pharmaceutiques livrées par la CAME



L'histogramme montre que sur 100 produits commandés, la quantité minimale livrée par la CAME est de 20 pour les médicaments et de 15 pour les consommables médicaux. Les plus grandes quantités de produits pharmaceutiques livrées par la CAME durant l'année 2006 sont de 76 médicaments et 68 consommables médicaux. En conséquence, la moyenne des produits pharmaceutiques livrés par la CAME est de 45,50% de médicaments et de 41,37% de consommables médicaux. Il s'en suit que le taux moyen annuel de disponibilité de produits pharmaceutiques à la CAME est de 48,44%. Ces résultats montrent l'incapacité de la CAME à livrer 50% des produits pharmaceutiques commandés par l'hôpital de zone. **Ahoussinou** (1997) était parvenu à la même conclusion dans une étude réalisée sur les prescriptions et dispensations de médicaments essentiels sous nom générique au Bénin. Cette étude avait montré que le secteur public était frappé par une pénurie de médicaments à 49,70% due essentiellement à la non disponibilité d'une demi-douzaine de médicaments à la CAME. Le système public d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments est toujours fragile.

D- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème de la déficience en matériels et équipements.

Les équipements et matériels ont été groupés en six catégories : Matériels des Services Généraux (MSG), Instruments Médicaux et Chirurgicaux (IMC), Appareils Médicaux et Chirurgicaux (AMC), Lingerie (L), Mobilier Médical et Chirurgical (MMC) et Accessoires (A).

Les camemberts suivants présentent le degré de fonctionnalité pour chacune des catégories d'équipements et matériels.

Figure n°2 : Etat fonctionnement des MSG

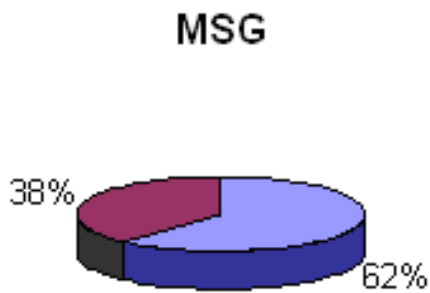


Figure n°3 : Etat fonctionnement des IMC

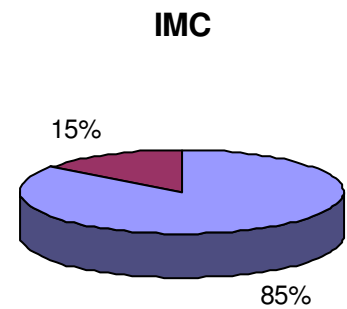


Figure n°4 : Etat fonctionnement des AMC

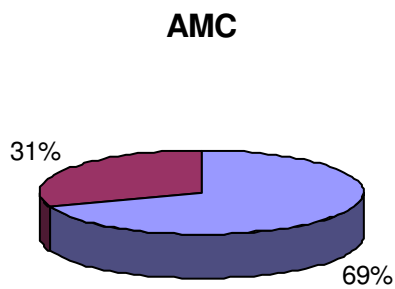


Figure n°5 : Etat fonctionnement de la literie

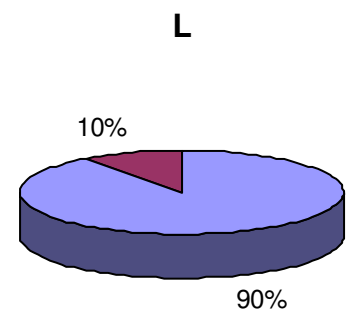


Figure n°6 : Etat fonctionnement des MMC

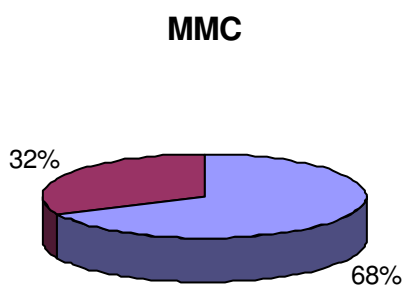
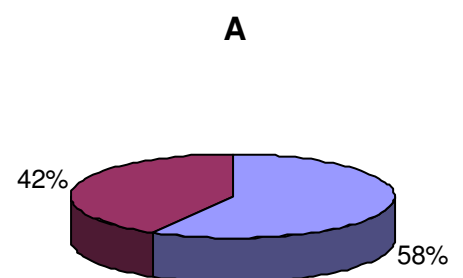


Figure n°7 : Etat fonctionnement des Accessoires



Les résultats de cette enquête ont montré que le taux de fonctionnalité varie d'une catégorie d'équipement à une autre, soit 62% pour le Matériel des Services Généraux (MSG), 85% pour les

Instruments Médicaux et Chirurgicaux (IMC), 69% pour les appareils Médicaux Chirurgicaux (AMC), 90% pour la literie (L), 68% pour le Matériel Médical et Chirurgical (MMC) et 58% pour les accessoires (A). Ces différentes valeurs indiquent qu'une bonne partie des équipements de l'hôpital de zone se retrouve dans un processus de défectuosité progressive.

L'analyse des informations recueillies à partir de l'entretien accordé aux chefs services techniques nous a permis d'obtenir les résultats transcrits dans les tableaux suivants :

Tableau n°17 : Fréquence des pannes révélée par les chefs services.

| Pannes | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|--------------|-------------------|--------------------|
| Régulière | 08 | 80 |
| Irrégulière | 02 | 20 |
| Rare | 00 | 00 |
| Total | 10 | 100,00 |

Tableau n°18 : Qualité de l'entretien des équipements et matériels.

| Qualité de l'entretien | Fréquence Absolue | Fréquence Relative |
|------------------------|-------------------|--------------------|
| Bien | 01 | 10 |
| A-bien | 05 | 50 |
| passable | 04 | 40 |
| Total | 10 | 100,00 |

Les tableaux n°17 et 18 ci-dessus, indiquent que 8 chefs services techniques sur 10 reconnaissent que les équipements de leurs services tombent régulièrement en panne. Un seul chef service sur dix trouve que le matériel et les équipements sont bien entretenus. Pour les autres, l'entretien est passable ou juste acceptable. Le constat était le même pour la qualité de la maintenance. Or le rôle principal de la maintenance est de conserver les capacités opérationnelles des moyens de production, ainsi que leur valeur patrimoniale. La disponibilité en équipements est donc en partie tributaire du système de maintenance mis sur pieds par la structure.

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.

I- Vérification des hypothèses

A- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°1

Les résultats obtenus dépassent les seuils de décision fixés plus haut (DMA supérieure à 5 minutes par client pour les consultations et 10 minutes par client pour le paiement des frais d'actes.) La même remarque a été faite au niveau du nombre moyen d'imprimés remplis (NMI supérieur à 1 par client pour les consultations et 2 pour le paiement des frais d'actes.)

De cette constatation, nous validons notre hypothèse spécifique n°1, selon laquelle le temps d'attente considérable des patients à la caisse provient du caractère manuel de l'exécution des tâches à ce niveau.

B- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°2

Majoritairement, les aides-soignants (20 sur 26) ont reconnu avoir administré de petits soins pendant les périodes d'affluence des patients. Il va sans dire que notre hypothèse spécifique n°2 est vérifiée.

C- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°3

Des ruptures de stocks ont été fréquemment constatées sur les différentes fiches (environ 4 ruptures par produits pharmaceutiques). Ces pénuries sont essentiellement dues à la non disponibilité de certains produits pharmaceutiques à la CAME (plus de 50% de produits pharmaceutiques non disponibles). Notre hypothèse spécifique n°3 est par conséquent vérifiée.

D- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°4

Quatre catégories d'équipements sur six (06) ont un taux de fonctionnalité en dessous du seuil de décision (70%). De même, la défaillance de l'entretien et de la maintenance ainsi que de fréquentes pannes d'équipements ont été révélées par la majorité des chefs services techniques. Par conséquence, notre hypothèse n°4 est vérifiée.

II- Synthèse du diagnostic

Le diagnostic a été établi sur la base de la confirmation des hypothèses :

A- Eléments du diagnostic n°1

Le caractère manuel de l'exécution des tâches est à la base du temps d'attente considérable des patients à la caisse.

B- Eléments du diagnostic n°2

L'administration de certains soins par des aides soignants émane des affluences des patients.

C- Eléments du diagnostic n°3

La non disponibilité de certains produits à la CAME engendre des ruptures fréquentes de stocks des produits pharmaceutiques.

D- Eléments du diagnostic n°4

La déficience en matériels et équipements provient de l'absence de maintenance préventive.

Section 2 : Approches de solutions pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Il s'agira pour nous dans cette section, de proposer des solutions susceptibles de contribuer à l'éradication ou tout au moins à l'atténuation des causes à l'origine des différents problèmes en résolution ainsi que les conditions de mise en œuvre.

Paragraphe 1 : Approches de solutions

Les approches de solutions sont liées aux différents problèmes qui ont fait objet de notre étude.

I- Approches de solutions au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse.

Le diagnostic établi dans ce cas révèle que le caractère manuel de l'exécution des tâches est à l'origine de ce problème. Nous proposons donc l'informatisation de la caisse pour sa résolution. Par exemple, le système intégré de gestion médicale et administrative (SIGMA) a fait ces preuves dans plusieurs pays comme la France et la Belgique. Ce système a pour but d'alléger les tâches administratives et de simplifier le travail du service des admissions afin d'aboutir à une facturation automatisée et notablement accélérée. Dans le même cadre, le logiciel Perfecto utilisé par certaines formations sanitaires du Bénin (St Luc, Mènontin, Bethesda...) est tout aussi efficace si les agents sont bien formés et outillés pour le mettre en œuvre.

En effet, cette solution reste une des innovations relatives à l'interface de la relation ou du contact entre le caissier et le client-usager ou ses proches. Elle permettra de réduire ou d'automatiser les sorties documentaires « papiers » afin de diminuer les tâches répétitives. L'informatisation de la caisse contribuera donc à une amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients, de la gestion des flux de patients et la réduction des temps d'attente.

II- Approches de solutions au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants.

Le diagnostic ici établi révèle que les affluences des patients amènent des aides soignants à administrer certains soins. Les solutions que nous proposons pour l'éradication de cette cause sont les suivantes :

- Déterminer préalablement les périodes probables des affluences des patients ;

- Réorganiser le planning du personnel en réduisant le nombre de jours de repos après une garde ; ceci permettra de renforcer en effectifs les équipes de soins ;
- Accompagner cette mesure d'une politique particulière de compensation. Ceci, aiderait à assurer la présence et la ponctualité effective des agents au poste ;
- Procéder à une sensibilisation du personnel qualifié (médecins et infirmiers) et des aides-soignants sur leurs attributions respectives ;
- Prévoir des mesures coercitives et les appliquer effectivement, au besoin.

III- Approches de solutions au problème de ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques.

De notre élément de diagnostic n°3, il ressort que la non disponibilité de certains produits à la CAME engendre des ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques. Or, la centrale d'achat reste le fournisseur principal des établissements publics de santé. Toute défaillance à ce niveau perturbe énormément la disponibilité des produits pharmaceutiques dans les hôpitaux.

Pour ce faire, chaque structure sanitaire devra organiser la politique d'achat des produits pharmaceutiques en conciliant au mieux les moyens financiers, humains et organisationnels. Dans cette logique, les mesures d'atténuation des ruptures fréquentes de stocks que nous proposons sont les suivantes :

- Identifier les produits pharmaceutiques faisant objet de ruptures fréquentes.
- Etablir deux groupes de produits pharmaceutiques, ceux faisant souvent objet de ruptures (G1) et ceux faisant rarement objet de ruptures (G2)
- Différencier les modes de gestion des stocks des deux groupes en élevant le stock d'alerte du (G1). En effet, le stock d'alerte déclenche le processus de commande. Il est calculé pour couvrir la consommation de médicaments entre le moment où l'on constate le besoin de réapprovisionnement jusqu'à la mise à disposition de la nouvelle livraison. Ainsi, nous suggérons un stock d'alerte jouant le rôle de seuil d'alerte et remplaçant avantageusement le stock de protection en envisageant les hypothèses pessimistes que sont une consommation et les délais de livraison maxima.
- Déterminer le taux moyen annuel de disponibilité des produits pharmaceutiques pour faciliter les projections et prendre d'autre disposition en direction des grossistes.

IV- Approches de solutions au problème de déficience en matériels et équipements.

Rappelons que notre diagnostic à ce niveau était l'absence de maintenance préventive comme cause du problème.

Pour résoudre alors ce problème, nous proposons le renforcement de la maintenance utilisateur ou de premier niveau qui consiste à confier à l'opérateur des tâches de maintenance les plus évidentes de type : nettoyage, graissage, lubrification etc. Il convient de rappeler que la poussière et la saleté sont généralement les premiers ennemis d'une machine ou d'un outil et qu'un nettoyage régulier respectant une procédure validée par le constructeur, représente l'une des meilleures garanties pour limiter les pannes. (La poussière génère des micros pannes, micros pannes non réparées sur micros pannes non réparées, la panne majeure est à terme inéluctable). En ce qui concerne la maintenance préventive, elle consistera à intervenir périodiquement sur les équipements et installations afin de procéder aux opérations techniques garant de leur disponibilité. Une politique de ce type permet de :

- Réduire les coûts de maintenance curative ;
- Accroître la disponibilité des équipements et la satisfaction des opérateurs ;
- Accroître la sécurité des équipements et installations.

Les avantages de la mise en place d'un programme de maintenance préventive doivent donc être évalués en gain de temps et d'économie budgétaire, afin d'en objectiver la portée et de sensibiliser sur son intérêt. D'une manière générale, la maintenance apparaît comme un investissement différé : elle doit être prise en compte comme telle dans les montages financiers et son évaluation doit devenir aussi incontournable que l'étude des besoins, la définition des moyens humains ou le calcul des tarifs de prestations dans la préparation de tout projet. Il faut, par ailleurs, noter que la mise en œuvre d'une maintenance préventive à moindre coût nécessite l'existence d'un Service de Maintenance disposant d'un personnel formé sur les équipements dont dispose la formation sanitaire.

Le tableau suivant résume les diagnostics et solutions qui résultent de cette étude :

Tableau n°19 : Récapitulatif des diagnostics et solutions

| N° | Diagnostic | | Approche de solution |
|----|---|--|---|
| | Problèmes spécifiques | Causes | |
| 1 | Longue attente des patients à la caisse | Caractère manuel de l'exécution des tâches | Informatisation de la caisse et formations du personnel |
| 2 | Administration de certains soins par des aides-soignants | Affluence des patients | Réorganisation du planning du personnel et sensibilisation des acteurs de soins |
| 3 | Ruptures fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques | Non disponibilité de certains produits à la CAME | Management des Achats tenant compte des disponibilités de produits à la CAME |
| 4 | Déficiences en matériels et équipements | Absence de maintenance préventive | <ul style="list-style-type: none"> - Formation des utilisateurs à la maintenance de 1^{er} niveau ; - Mise en œuvre et suivi rigoureux d'un planning de maintenance préventive ; - Création d'un Service de Maintenance, au besoin |

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Il s'agit ici, de certaines recommandations en vue de la mise en œuvre des solutions ci-dessus proposées. Ces recommandations vont à l'endroit des autorités de l'HZ/AS et des autorités politico administratives au niveau central.

I- Recommandations à l'endroit des autorités de l'HZ/AS

- Faire former correctement les caissiers à l'utilisation du logiciel qui sera mis en place lors de l'informatisation de la caisse ;
- Mettre sur pied un système de contrôle inopiné surtout les nuits afin de s'enquérir des réalités des gardes ;
- Décrire les postes de travail par les références du type code poste, intitulé du poste, résumé succinct, tâches à mener, exigences requises pour tenir le poste, critères de performance, etc ;
- Réorganiser la politique d'achat en tenant compte des réalités de la CAME ;
- Créer un Service de Maintenance ;
- Faire respecter rigoureusement les consignes données par les fabricants des équipements ;
- Initier les utilisateurs à la maintenance de 1^{er} niveau (entretien, lubrification, graissage au besoin...) ;
- Sensibiliser les utilisateurs sur l'entretien des équipements et matériels;
- S'engager dans une démarche qualité telle que recommandé à l'issu des 7^{èmes} Journées Hospitalières du Réseau des Hôpitaux d'Afrique, d'Océan indien et Caraïbes (RESHAOC) tenues à Cotonou du 07 au 09 Juin 2005.

II- Recommandations à l'endroit des autorités politico-administratives au niveau central.

- Renforcer le parc informatique de l'HZ ;
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des produits pharmaceutiques en général et sous nom générique en particulier dans toute la zone sanitaire en redéfinissant la politique pharmaceutique nationale ;
- Renforcer la capacité de la CAME ;
- Associer les utilisateurs à la planification des besoins en équipements et les faire adapter aux réalités du centre ;
- Rendre obligatoire la maintenance des équipements lourds pendant une période précise ;
- Assurer la formation des utilisateurs et le recyclage périodique des techniciens chargés de la maintenance.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette étude, il ne serait pas difficile de dire que les objectifs que nous nous sommes fixés sont atteints. Cette phase de diagnostic des problèmes que connaît l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi s'avérait nécessaire afin de cibler les actions correctrices à mener dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. En effet, nos investigations ont montré des défaillances au niveau de la gestion du temps, de l'administration des soins, de la disponibilité en produits pharmaceutiques et de la fonctionnalité des équipements et matériels.

Nous avons donc estimé que pour améliorer les prestations et promouvoir une culture de la qualité des soins de santé à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, il serait utile de prendre des mesures applicables aux problèmes spécifiques identifiés et capables de susciter une dynamique interne ou externe de tout le système de soins.

Dans un cadre plus large, l'amélioration de la qualité des prestations appelle la participation de tous les acteurs du système de santé : responsables des formations sanitaires, personnel soignant, personnel administratif et de soutien sans oublier les populations qui sont les premiers bénéficiaires des prestations de soins de santé. Certes, cette mesure semble difficile et complexe à cause de l'environnement hostile à l'exploitation des savoirs nouveaux et des technologies nouvelles, la capacité à anticiper des effets prévisibles et les stratégies d'adaptation des différents acteurs.

Toutefois, une volonté clairement affichée des autorités politico-administratives et un engagement fort des acteurs à divers niveaux permettront sans doute d'y arriver.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BENANTEUR, Y., ROUINGA, R. et SAILLOUR, J-L. (2000) : « **Organisation logistique et technique à l'hôpital** », Edition ENSP, Paris.

BLOOM, G. (1984) : « **Resource allocation and equipment management** », Bristol, Health Service Supply Council, USA.

PHELPS, C. (1995) : « **Les fondements de l'économie de la santé** », Edition Publi Uni, Paris.

ARTICLES PUBLIES

Audibert, M. et J. Mathonnat (2000) : « **Cost recovery in Mauritania** », *Health Pol Plan*, vol.15, PP. 66-75

ARROW, K. J. (1963) : « **Uncertaining and the xelfare economics of Medecine care** », *the American review*, LIII, PP.941-967.

DE KERVASDOUE, J. et J-F. LACRONIQUE, (1981) : « **L'Etat et la technique : l'apparition du raisonnement** », *In la santé rationnée : la fin d'un mirage*. DE KERVASDOUE, J., KIMBERLY, J-F., et RODWIN, V. *Economica*. Ed. PP.89-116.

KUMAR, V. P. (1987) : « **Une solution qui a fait ses preuves** », *Forum mondial de la santé*, Vol.10, n°17, PP.14-19.

LANNEHOA, Y. et CARLI- BACHER S. (2007) : « **Cahier des charges National pour l'informatisation des services d'urgences** », *Société francophone de médecine d'urgence*, vol.11, n°4, PP.9-16.

MIHEL'SON, V. A. et B. M. DMITRIENKOV, (1989) : « **Un important élément de la stratégie de la santé pour tous** », *Forum mondial de la santé*, Vol. 10, n°17, PP.22-24.

OFOSOU- AMAAH, V. (1983) : « **Etude sur l'utilisation des agents de santé communautaires** », *Publication offset (OMS)*, Vol.4, n°71, PP.10-29.

Unicef, (1997) : « **Division of Evaluation, Policy and planning.** » *In : Implementing health sector reforms : A review of eight country experiences implementing in Africa*. New York

MEMOIRES

AHOUSSINO, C. (1998) : « **Prescription et dispensation des médicaments essentiels sous noms génériques en République du Bénin.** », Rapport d'étude, BENIN-COTONOU, pp.20-28.

AZONDEKON, C. (2004) : « **Contribution à l'amélioration de la politique d'approvisionnement en produits pharmaceutiques à la pharmacie du CNHU** », Mémoire, UAC/ AHUI, pp.26-35.

COLLEC, C. (2001) : « **L'optimisation de la fonction achat au centre hospitalier Pierre Le Damany à Lannion** », Mémoire, Rennes, ENSP.

DEGUENON, A. (2001) : « **Les déterminants socio-antropologiques de la qualité du service dans les formations sanitaires en milieu urbain : Cas du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Centre de Santé de Djègan-daho.** », Rapport d'étude, BENIN- PORTO-NOVO,pp.336-47.

FADE, A. L. (1993) : « **La politique d'acquisition des équipements biomédicaux en milieu hospitalier : Cas du CNHU** », Mémoire, UAC /ENAM/ AHUI (cycle I).

GNANBODENON, J. L. (2006) : « **Financement des dépenses de santé à l'hôpital de zone d'Abomey Calavi** », Mémoire, UAC/ ENAM/ AHUI/ AHUI (cycle).

GUTAVO, A. da S. (2001) : « **O trabalho de enfermagem no ambito hospitalar : idealização e realidade, Porto alegre** », Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem.

IUED-PADS, BAKO, A. et A. BAKARI, (2000) : « **La négociation des systèmes sanitaires périphériques performants : production sociale de la qualité des soins de santé** », Rapport de recherche, BENIN COTONOU, pp.80-110.

LIMA, M. A. D. da S. (1998) : « **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico Ribeirão Preto** », Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, pp 205-216.

NONGO N'DJEKA, K. (1997) : « **Gestion du temps de travail par le personnel de santé dans les formations sanitaires de la sous préfecture d'Abomey Calavi au Bénin** », Mémoire n°133/IRSP/BENIN- OUIDAH

OCLOO, A. A. (1998) : « **Mesure de la qualité des prestations dans un hôpital africain : Cas du centre hospitalier Départemental du Zou à Abomey** », Mémoire n°166/IRSP/Bénin- Ouidah, pp. 22-53.

DOCUMENTS TIRES SUR INTERNET

WILSON, R. M. (1995) : « **Les responsables de la santé dans le monde et l'organisation mondiale de la santé annoncent l'accélération des mesures destinées à assurer la sécurité des patients** » ; <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/fr/print.html>

MOREAU, D. (2006) : « **Dossiers formation aide soignante : encore et toujours la médicalisation de la pratique soignante** » ; <http://www.infirmiers.com/as/medicalisation-formation-aide-soignante.php>

AUTRES DOCUMENTS

OMS, (1986) : « **Interregional meeting on the maintenance and repair of health care equipment** », Nicosia, 24-28 novembre, WHO/SHS/NHP.

MSP, (2001) : « **Normes et Standards pour la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires** », BENIN- COTONOU.

MSP (2002) : « **Politique de maintenance des infrastructures, des équipements médico-techniques et du parc automobile** » BENIN- COTONOU.

HZ/AS (2006) : « **ITODJOU des équipements et infrastructures** », BENIN- Abomey Calavi

COURS NON EDITES

LANTOKPODE C. (2005-2006) « **Gestion des Stocks (Comptabilité Matière)** », UAC / ENAM / AHUI I & II Cycle 2.

MOUSSOU M. (2005) « **Planification et Gestion des Services de Santé** », UAC / ENAM / AHUI I Cycle 2.

OMYALE P. (2006) « **Gestion des Ressources Humaines** », UAC / ENAM / AHUI II Cycle 2.

TCHIBOZO H. B.M. (2006) « **Management Stratégique des Services de Santé** », UAC / ENAM / AHUI II Cycle 2.

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| <u>CHAPITRE PRELIMINAIRE</u> : | 2 |
| <u>DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE</u> | 2 |
| <u>Section 1</u> : Cadre de l'étude et état des lieux de base sur l'hôpital..... | 3 |
| <u>Paragraphe 1</u> : Cadre de l'étude..... | 3 |
| I. Historique et Missions de l'HZ /AS..... | 3 |
| A. Historique | 3 |
| B. Missions | 3 |
| II. Structure organisationnelle de l'HZ/AS..... | 4 |
| A. Organes de gestion, de décision et différents services de l'Hôpital..... | 4 |
| 1- Organes de gestion et de décision | 4 |
| 2- Les services de l'HZ/AS | 6 |
| B. Les Ressources de l'Hôpital | 6 |
| 1- Ressources Humaines | 6 |
| 2- Les Ressources Matérielles..... | 7 |
| 3- Ressources financières | 7 |
| <u>Paragraphe 2</u> : Etat des lieux de base..... | 7 |
| I. Restitution des mécanismes liés à l'organisation des activités..... | 8 |
| A. Activités liées à la prise en charge des patients..... | 8 |
| 1- Accueil et actes de diagnostic..... | 8 |
| 2- Hospitalisation et exeat | 10 |
| B. Les activités liées à l'exécution du budget..... | 11 |
| 1- Exécution des recettes | 11 |
| 2- Exécution des dépenses | 12 |
| II- Inventaire des éléments de l'état des lieux | 15 |
| A. Inventaire des forces..... | 15 |
| B. Inventaire des faiblesses | 15 |
| <u>Section 2</u> : Problématique et Vision globale de résolution..... | 16 |
| <u>Paragraphe 1</u> : Ciblage et formulation de la problématique..... | 16 |
| I. Regroupement des problèmes spécifiques par centres d'intérêts | 16 |
| II. Choix de la problématique | 18 |
| <u>Paragraphe 2</u> : Spécification et Vision globale de résolution de la problématique..... | 19 |
| I. Spécification de la problématique | 19 |
| A. Problème Général..... | 19 |
| B. Problèmes Spécifiques..... | 19 |
| (PS4) : Déficience en matériels et équipements..... | 19 |
| II. Vision globale de résolution de la problématique | 19 |
| <u>CHAPITRE PREMIER</u> :..... | 22 |
| <u>DU CADRE THEORIQUE A LA METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE</u> | 22 |
| <u>Section 1</u> : Objectifs, Hypothèses et Tableau de bord de l'étude | 23 |
| <u>Paragraphe 1</u> : Objectifs et Hypothèses de l'étude..... | 23 |
| I. Fixation des objectifs de l'étude | 23 |
| A- Objectif Général | 23 |
| B- Objectifs Spécifiques..... | 23 |
| II. Formulation des Hypothèses | 24 |
| A. Causes et Hypothèses liées aux Problèmes Spécifiques (PS) | 24 |
| 1- Causes et Hypothèse liées au (PS1) | 24 |
| 2- Causes et Hypothèse liées au (PS 2) | 24 |

| | |
|---|----|
| 3- Causes et Hypothèse liées au (PS 3) | 25 |
| 4- Causes et Hypothèse liées au PS 4..... | 25 |
| <u>Paragraphe 2</u> : Tableau de bord de l'étude..... | 26 |
| <u>Section 2</u> : Revue de littérature et méthodologie de l'étude..... | 28 |
| <u>Paragraphe 1</u> : Revue de littérature..... | 28 |
| II- Exposé des contributions antérieures au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants | 29 |
| III- Exposé des contributions antérieures au problème de rupture de stocks de médicaments et de consommables médicaux..... | 31 |
| <u>Paragraphe 2</u> : Choix de la méthodologie de l'étude..... | 33 |
| I- Approche empirique..... | 34 |
| A- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère..... | 34 |
| 1- Objectif de l'enquête | 34 |
| 2- Population mère | 34 |
| B- Nature de l'enquête et échantillonnage..... | 35 |
| 1- Nature de l'enquête..... | 35 |
| 2- Echantillonnage..... | 35 |
| C- Spécification des données à recueillir et conception des fiches d'enquête..... | 36 |
| II- Approches théoriques..... | 37 |
| A- Choix théorique lié au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse..... | 37 |
| 1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration..... | 37 |
| a) <i>Présentation de la théorie retenue</i> | 37 |
| b) <i>Norme ou repère d'amélioration</i> | 37 |
| 2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°1 | 38 |
| B- Choix théorique lié au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants..... | 38 |
| 1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration..... | 38 |
| a) <i>Présentation de la théorie retenue</i> | 38 |
| b) <i>Norme ou repère d'amélioration</i> | 38 |
| 2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°2 | 38 |
| C- Choix théorique lié au problème des ruptures de stocks de produits pharmaceutiques..... | 39 |
| 1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration..... | 39 |
| a) <i>Présentation de la théorie retenue</i> | 39 |
| b) <i>Norme ou repère d'amélioration</i> | 39 |
| 2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°3 | 39 |
| D- Choix théorique lié au problème de déficience en matériel et équipements..... | 39 |
| 1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration liés à la thématique portée..... | 40 |
| a) <i>Présentation de la théorie retenue</i> | 40 |
| b) <i>Norme ou repère d'amélioration</i> | 40 |
| 2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°4 | 40 |
| <u>CHAPITRE DEUXIEME</u> : | 41 |
| De la collecte des données aux conditions de mise en œuvre des solutions..... | 41 |
| <u>Section 1</u> : De la collecte des données à l'établissement du diagnostic..... | 42 |

| | |
|---|----|
| <u>Paragraphe 1</u> : Collecte et présentation des données. | 42 |
| I- Collecte des données..... | 42 |
| A- Difficultés rencontrées..... | 42 |
| B- Limites de l'étude | 42 |
| II- Présentation et analyse des résultats d'enquête. | 43 |
| A- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse. | 43 |
| B- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants. | 44 |
| C- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème des ruptures de stocks de produits pharmaceutiques. | 45 |
| D- Présentation et analyse des résultats relatifs au problème de la déficience en matériels et équipements. | 46 |
| <u>Paragraphe 2</u> : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic. | 48 |
| I- Vérification des hypothèses | 48 |
| A- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°1 | 48 |
| C- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°3..... | 49 |
| D- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°4..... | 49 |
| II- Synthèse du diagnostic | 49 |
| A- Eléments du diagnostic n°1 | 49 |
| B- Eléments du diagnostic n°2 | 49 |
| C- Eléments du diagnostic n°3..... | 49 |
| D- Eléments du diagnostic n°4..... | 49 |
| <u>Section 2</u> : Approches de solutions pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients..... | 50 |
| <u>Paragraphe 1</u> : Approches de solutions | 50 |
| I- Approches de solutions au problème du temps d'attente considérable des patients à la caisse..... | 50 |
| II- Approches de solutions au problème de l'administration de certains soins par des aides soignants. | 50 |
| IV- Approches de solutions au problème de déficience en matériels et équipements..... | 51 |
| CONCLUSION GENERALE | 55 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 56 |
| ANNEXES | 60 |

ANNEXES

II- Questions liées au problème spécifique n°2

Rubrique A : Questions adressées aux patients.

1-Depuis quand êtes-vous hospitalisés ?

.....

2- Comment vous a t - on reçu à votre arrivée ?

Bien Assez bien Mal

3- Quelle est la couleur de la tenue de celui qui vous fait les soins ?

Blanche Bleue Rose | | Blanc+vert

4- Etes-vous satisfait des soins qui vous sont administrés ?

Non Oui Autre à préciser

.....
.....

Rubrique B : Questions adressées aux aides soignants.

1-De quel service faites vous partie ?

.....
.....

2- Connaissez vous vos attributions ?

Oui Non

Si oui, citez les.

.....
.....

Si non, pourquoi ?

.....
.....

3- Vous arrive t- il de faire autre chose pour la bonne marche du service ?

Petits soins Grands soins Rien

4- Quelles sont les situations qui vous amènent à faire autre chose que vos attributions ?

Retards des infirmiers Absences des infirmiers Affluence des patients | | Autre à préciser

.....

