



REPUBLIQUE DU BENIN  
-----&-----  
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
-----&-----  
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)  
-----&-----  
ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE  
MAGISTRATURE (ENAM)  
-----&-----



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

**OPTION :**

ADMINISTRATION DES FINANCES

**FILIERE :**

ADMINISTRATION HOSPITALIERE  
UNIVERSITAIRE ET D'INTENDANCE

**Année Académique :**  
**2006-2007**

**FINANCEMENT DURABLE DES PRESTATIONS DE  
QUALITE A L'HOPITAL DE ZONE DE BOKO**

**PRESENTE ET SOUTENU PAR :**

**Beïï Marcienne HOUENOU**

**MAITRE DE STAGE**

**Dr Jean-Pierre HOUNYET**  
Directeur de l'Hôpital de  
Zone de Boko.

**DIRECTEUR DE MEMOIRE**

**M. Rilwane AREMOU**  
Administrateur des Hôpitaux,  
Enseignant à L'ENAM.

*Juillet 2007*



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

# DEDICACES

## A

- ✚ Mon époux et mes jumeaux Marc-Sylvio et Marc-Sylver qui ont enduré tant de souffrances pendant cette formation;
- ✚ Mes proches parents et amis qui m'ont soutenue durant cette formation,

Je dédie ce mémoire

# REMERCIEMENTS

✿ A Monsieur Rilwane AREMOU qui n'a ménagé aucun effort pour conduire ce travail à son terme ; que Dieu vous bénisse.

✿ A tous les enseignants de la filière AHUI et au personnel administratif de l'ENAM pour leur contribution à ma formation.

✿ Au Président et aux membres du jury qui ont accepté d'apprécier ce travail.

✿ A tout le personnel de l'hôpital de Boko, en particulier le Directeur, le Comptable, tous les chefs et les responsables de services et tout le personnel du SAAE pour tous les sacrifices consentis.

✿ Au couple SANTOS pour leur soutien de toutes natures.

✿ A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue au cours de la formation.

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

**AHUI : Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance**

**AMCES : Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et  
Sociales du Bénin**

**APE : Agent Permanent de l'Etat**

**AQ : Assurance Qualité**

**BTS : Brevet de Technicien Supérieur**

**C/SAAE : Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques**

**C/SAF : Chef du Service des Affaires Financières**

**CA : Conseil d'Administration**

**CE : Contractuel de l'Etat**

**CEP : Certificat d'Etudes Primaires**

**CH : Contractuel de l'Hôpital**

**CHD : Centre Hospitalier Départemental**

**CHS : Comité d'Hygiène et de sécurité**

**CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.**

**CMC : Commission Médicale Consultative**

**CoDir : Comité de Direction**

**HZ : Hôpital de Zone**

**MS : Mesures Sociales**

**SBEE : Société Béninoise d'Energie Electrique**

## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau n° 1: Comparaison du personnel actuel de l'hôpital aux normes établies au niveau national pour un hôpital de zone

Tableau n° 2 : Capacité de financement de l'hôpital

Tableau n° 3 : Financement des investissements de 2004 à 2006

Tableau n° 4 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

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

Tableau n° 6 : Récapitulatif des entretiens

Tableau n° 7 : Comparaison des coûts et tarifs

Tableau n° 8 : Niveau des plus grands postes de consommation

Tableau n° 9 : Etat du personnel par statut au 1<sup>er</sup> janvier 2007

Graphique 1 : Niveau de financement des charges par les fonds propres

## **GLOSSAIRE**

**Indicateur** : grandeur de référence pour la mesure d'un critère de qualité.

**Crédits délégués** : autorisation de dépenser, limitée dans son montant et spécialisée quant à son objet, qui est inscrite au profit des zones sanitaires pour leur attribuer leur part de la subvention de l'Etat.

**Agents « Mesures sociales »** : il s'agit des agents recrutés sur les ressources issues des remises de dettes.

**Démarche qualité** : démarche raisonnée et délibérée pour assurer une tâche.

**Assurance qualité** : ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences relatives à la qualité.

**Prestations** : ensemble des services vendus par les hôpitaux.

**Responsable de service** : c'est l'agent chargé, dans un service, d'assister le chef service et de le représenter au besoin ; c'est donc l'adjoint du chef service.

**Infirmière générale** : infirmière chargée de superviser les activités de tous les autres infirmiers et ce, dans tous les services médicaux.

**Contractuel de l'hôpital** : Agents recrutés et payés avec les recettes propres de l'hôpital.

**Client** : individu, organisation ou communauté quelconque qui fera des jugements sur la qualité des services

**Norme** : Document établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités et en vue des résultats.

## **RESUME**

Les hôpitaux font de plus en plus l'objet de critiques sur la qualité des prestations qu'ils fournissent. Cette situation a conduit à l'institution de l'assurance qualité pour améliorer la qualité des prestations. Ainsi donc, certains hôpitaux dont l'hôpital de zone de Boko fonctionnent désormais suivant la démarche qualité. De nos observations de stage, nous avons retenu que la pérennité de cette démarche n'est pas assurée. Ce problème s'explique par :

- L'insuffisance des recettes pour couvrir les charges ; ceci entraîne une dépendance de l'hôpital vis-à-vis des partenaires surtout étrangers.
- Le non respect des normes en personnel et en infrastructures.
- La non appropriation de la démarche qualité par les acteurs de l'hôpital.

Les causes liées à ces problèmes spécifiques s'analysent comme :

- Le bas niveau des tarifs
- Le niveau élevé des charges financées sur fonds propres
- Le coût élevé du processus d'assurance qualité.

Pour proposer des solutions à l'éradication de ces problèmes, nous nous sommes fixé comme objectif d'analyser le financement des prestations de qualité à l'hôpital de zone de Boko. Pour ce faire, nous allons contribuer à la réduction de l'écart entre les recettes et les charges, proposer des moyens de se conformer aux normes en infrastructures et surtout en personnel et proposer des mesures pour assurer la pérennité de l'assurance qualité.

Comme méthodologie de travail, nous avons effectué une revue documentaire et interviewé des acteurs de l'hôpital. Ceci nous a permis de vérifier nos hypothèses.

Nous avons pour finir, proposé des actions et recommandations à l'endroit du Ministère de la Santé d'une part et de l'hôpital de Boko d'autre part.

# SOMMAIRE

Introduction générale

## CHAPITRE PRELIMINAIRE : DE L'OBSERVATION DE STAGE AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Section 1 : Observation de stage

Paragraphe 1 : Présentation globale de l'hôpital de zone de Boko

Paragraphe 2 : Etat des lieux de base de la mise en œuvre du processus d'assurance qualité à l'hôpital de Boko

Section 2 : Ciblage de la problématique

Paragraphe 1 : Inventaire des éléments du constat et choix de la problématique

Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

## CHAPITRE 1 : DU CADRE THEORIQUE A LA COLLECTE DES DONNEES

Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie liée au financement durable des prestations de qualité

Section 2 : Collecte des données

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte

Paragraphe 2 : Difficultés et limites des données collectées

## CHAPITRE 2 : ANALYSE DES DONNEES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

Section 1 : Présentation des données et vérification des hypothèses

Paragraphe 1 : Présentation et analyse des données collectées

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et formulation du diagnostic

Section 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre

Paragraphe 1 : Approches de solutions

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Conclusion générale

# INTRODUCTION GENERALE

L'homme est au cœur du développement de toute nation. Pour participer pleinement au développement de son pays, les conditions nécessaires à la pleine satisfaction de ses besoins essentiels doivent lui être garanties. Parmi ces besoins fondamentaux, figure en bonne place le besoin de se soigner. Ainsi donc, tout homme a besoin d'avoir un complet état de bien être physique, mental et moral. Cet état de bien-être est assuré par des structures sanitaires installées aussi bien par l'Etat que par d'autres organismes comme les confessions religieuses.

Dans le but d'améliorer l'accessibilité géographique de ses populations aux structures hospitalières, la base de la pyramide sanitaire a été réorganisée en 2000, instituant ainsi les hôpitaux de zone pour servir les populations des zones sanitaires. Des hôpitaux de zone ont donc été construits, des centres de santé ont été réhabilités, équipés et transformés en hôpitaux de zone, des structures sanitaires privées à but non lucratif ont également été désignées comme hôpitaux de zone.

L'hôpital Saint Jean de Dieu de Boko, propriété de l'Archidiocèse de Parakou est l'une des structures sur lesquelles l'Etat a porté son choix. Ainsi, depuis l'an 2000, l'hôpital de Boko est devenu l'hôpital de référence pour la zone sanitaire Parakou-N'Dali. De plus, avec l'avènement de l'assurance qualité dans les structures hospitalières suite aux nombreuses critiques dont elles font l'objet, le choix des partenaires a également été porté sur l'hôpital de zone de Boko pour une expérimentation du concept. Tout ceci implique pour l'hôpital des obligations en termes de respect des normes en infrastructures, en équipements, en personnel, le respect des procédures de prise en charge et de gestion, etc.

Pour assurer son fonctionnement en tenant compte de ses nouvelles obligations, l'hôpital de zone de Boko utilise des ressources provenant des recettes de ses prestations, des subventions de l'Etat et des partenaires privés. Ces partenaires ont pour noms les projets et programmes locaux ou directement négociés par l'hôpital, ce qui leur confère un caractère passager et aléatoire. Ce sont donc ces projets et programmes qui ont toujours appuyé le fonctionnement de l'hôpital, notamment durant ces trois dernières années. Cette situation ne garantit pas la pérennité des acquis du processus d'amélioration de la qualité des prestations.

Dans l'hypothèse d'un retrait définitif des partenaires, il se pose la question essentielle de savoir comment l'hôpital de zone de Boko va-t-il assurer son fonctionnement en offrant continuellement des prestations de qualité?

C'est vers cette question que nous orienterons nos réflexions afin de proposer des solutions qui garantissent la viabilité de l'hôpital de zone de Boko après avoir décrit l'hôpital de zone de Boko à travers son organisation, son fonctionnement, ses finances et son expérience en matière de mise en œuvre de l'assurance qualité.

# **CHAPITRE PRELIMINAIRE :**

## **DE L'OBSERVATION DE STAGE AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE**

Dans ce chapitre, nous nous évertuerons à la restitution du fonctionnement de l'hôpital de Boko en mettant l'accent sur l'état de ses finances et de la mise en œuvre du processus d'assurance qualité. De cette restitution, nous dégagerons les forces, faiblesses, opportunités et menaces liées à la vie de l'hôpital. Sur la base des problèmes identifiés, nous viserons une problématique en fonction de nos compétences et des besoins prioritaires de notre structure d'accueil.

## **Section 1 : Observation de stage**

Dans cette section, nous présenterons d'une part l'hôpital de zone (HZ) de Boko à travers l'organisation et la gestion de ses services et d'autre part, nous exposerons l'expérience de la mise en œuvre de la démarche qualité.

### **Paragraphe 1 : Présentation globale de l'HZ de Boko**

L'hôpital de zone Saint Jean de Dieu de Boko est un hôpital catholique de l'Archidiocèse de Parakou situé à 15 kilomètres du centre de la ville de Parakou (Parakou est la capitale régionale du Département du Borgou). Il a été créé en 1966 par les Moniales Trappistines de l'Ordre des Cisterciens et reconnu en 1971 par l'Etat béninois comme Petit Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko par Arrêté n° 134/MSPAS/DGS/3 du 11 mai 1971. En avril 2000, il est désigné comme un HOPITAL DE ZONE pour la Zone Sanitaire Parakou-N'Dali de nouveau par Arrêté ministériel n° 2216/MSP/DC/SGM/CADZS du 18 avril 2000 ; il devient ainsi un hôpital de référence au premier niveau de la pyramide sanitaire avec les contraintes y afférentes : respect des normes en infrastructures, équipements, personnel, procédures, techniques, etc. Cependant, l'hôpital garde ses caractères (gestion autonome, propriété de l'Archidiocèse de Parakou...). L'hôpital couvre aujourd'hui une population de 247 363 habitants (estimation INSAE 2005) et fait partie des quatre hôpitaux de zone du département du Borgou.

### **I. Organisation et fonctionnement de l'hôpital**

Pour tenir compte de son double titre d'hôpital de zone et d'hôpital diocésain, un organigramme<sup>1</sup> a été élaboré sur la base du statut de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Boko et de celui des hôpitaux de zone élaboré par le Ministère de la Santé.

---

<sup>1</sup> Voir l'organigramme de l'hôpital en annexe 1

## A. Structures administratives et médico-techniques

A l'examen de son organisation, nous pouvons retenir que l'HZ-Boko est constitué de structures administratives et médico-techniques comme le prévoit l'organigramme.

### *1. Les structures administratives :*

Elles sont au nombre de trois à savoir :

- Le service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) : Ce service s'occupe ordinairement de la gestion du personnel et du patrimoine de l'hôpital. Il est dirigé par un attaché AHUI qui, pour accomplir ses tâches, collabore avec les agents d'hygiène, les chauffeurs, les gardiens, la magasinière, les agents de la pharmacie et la secrétaire chargée de l'enregistrement des courriers et de la saisie des données statistiques de l'hôpital.

- Le Service des Affaires Financières (SAF) : Ce Service s'occupe quant à lui de la gestion des finances et de la comptabilité de l'hôpital. A ce titre, il est responsable de l'élaboration du budget et des états financiers, de l'encaissement des recettes et du paiement des dépenses de l'hôpital y compris l'alimentation de la caisse de menues-dépenses. Le SAF est dirigé par un agent titulaire du BTS option Comptabilité-Gestion qui a sous ses ordres les agents de la caisse.

- La direction : les deux structures administratives ci-dessus sont coiffées par un directeur. Le directeur de l'hôpital est l'ordonnateur du budget. Il est assisté par la C/SAAE dans l'exécution des dépenses pour ce qui concerne la phase administrative (expression des besoins, conformité avec le budget, disponibilité des fonds pour payer la dépense). Il est le représentant légal de l'hôpital et est responsable de la gestion aussi bien devant le conseil d'administration que devant les partenaires.

Comme on peut le constater, l'administration de l'hôpital est composée d'un nombre insuffisant d'agents car les services sont directement rattachés à ce qu'on peut assimiler aux sections. Malgré cela, certaines sections comme l'entrée chargée de l'accueil, tri et orientation des malades, l'archive n'existent pas formellement. On peut donc conclure que l'administration de l'hôpital est encore embryonnaire mais proportionnelle à sa taille.

## *2. Les structures médico-techniques :*

L'HZ de Boko a pour mission première la prise en charge des malades référés des formations sanitaires périphériques de la zone sanitaire nécessitant un gradient de compétence plus important. A cet effet, l'hôpital dispose des services médicaux et techniques au sein desquels des soins médicaux, pédiatriques, obstétricaux et chirurgicaux sont offerts aux populations.

- Le service de maternité qui prend en charge les affections gynécologiques
- Le service de chirurgie qui s'occupe de la prise en charge des affections chirurgicales et des activités du bloc opératoire.
- Le service de Médecine-pédiatrie : ces deux disciplines sont regroupées pour une utilisation rationnelle du personnel disponible. Ce service prend en charge les affections pédiatriques et de médecine générale.

Ces trois services ont chacun à sa tête un médecin chef de service. Les médecins sont nommés chefs des services médicaux, mais dans la réalité, ils n'ont aucune responsabilité directe et n'exercent donc qu'un contrôle administratif sur lesdits services. Ils sont assistés dans leurs fonctions par des « responsables » de service. En effet, du fait de la polyvalence des médecins qui doivent intervenir dans tous les services médicaux, la gestion courante des services est assurée par les responsables qui détiennent donc toutes les informations concernant le fonctionnement et la gestion des services.

- Le service de laboratoire dirigé par un ingénieur des travaux d'analyse biomédicale est chargé de la réalisation des examens biologiques prescrits à l'intérieur de l'hôpital et dans d'autres structures sanitaires.
- Le service d'imagerie médicale : il fournit les prestations de radiologie et d'échographie internes et externes.

L'un des principes du fonctionnement de l'hôpital de Boko est la polyvalence des agents qui y travaillent. La philosophie de la polyvalence est que tout agent doit être capable de tout faire dans tous les services, à tous les postes de même nature et à tout moment (à l'exception des consultations médicales exclusivement réservées aux infirmiers et aux médecins). Suivant ce principe, le personnel soignant est organisé et fonctionne dans un système de garde et de permanence pour la prise en

charge des malades. Les équipes de permanence sont constituées par service et celle de la garde est unique pour tous les services médicaux sauf la maternité, le laboratoire, la caisse (au SAF) et la pharmacie (au SAAE) qui ont leurs équipes de garde autonomes. Vu la charge de travail qui pèse sur le personnel pendant les gardes, nous estimons que cette organisation du système de garde ne permet pas aux agents de prendre en charge les malades de manière efficace.

Le personnel des services tels que l'imagerie médicale et le magasin n'assurent pas la garde. Les chauffeurs font également la garde pour assurer le déplacement des cas référés et pour toutes autres urgences comme l'approvisionnement en sang.

La planification, l'organisation et la supervision des équipes de permanence et de garde sont assurées par la C/SAAE de l'hôpital. Elle gère également les départs en congés et les absences des agents. Elle est assistée, dans cette attribution, de l'infirmière générale et des chefs et responsables de services, pour ce qui concerne le personnel soignant.

L'hôpital dispose de ressources humaines composées des corps des professions médicales, paramédicales et administratives. Lorsqu'on compare l'état du personnel aux normes du Ministère de la Santé, on constate que le personnel de l'hôpital est suffisant en quantité, mais insuffisant en qualité, alors même que ces normes se révèlent caduques par rapport aux réalités actuelles. En effet, le personnel initial de l'hôpital de Boko était essentiellement composé d'agents formés à l'interne. La formation en interne des agents est une pratique courante dans les hôpitaux confessionnels. Suivant ce programme de formation, le personnel est recruté sans qualification technique de base (niveau CEP) et est formé pour devenir progressivement aide-soignant, infirmier-adjoint et infirmier.

Depuis 2001, l'hôpital de Boko a commencé progressivement à recruter des agents qualifiés formés dans les écoles de santé agréées mais ceux formés à l'interne demeurent des agents de l'hôpital.

**Tableau n° 1:** Comparaison du personnel actuel de l'hôpital aux normes établies au niveau national pour un hôpital de zone

Catégories socioprofessionnelles	Normes nationales	Personnel hôpital Boko		
		Non diplômés	Diplômés	Total

Catégories socioprofessionnelles	Normes nationales	Personnel hôpital Boko		
		Non diplômés	Diplômés	Total
<b>Médecins</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Pédiatre	1	0	1	1
Gynécologue	1	0	0	0
Chirurgien	1	0	0	0
Médecin généraliste	0	0	2	2
Médecin Santé Publique	0	0	1	1
<b>IDE/Infirmier</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>11</b>
<b>IDE/SFE instrumentiste</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IDE/SFE anesthésiste</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>IDE spécialisé en ophtalmologie</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IDE spécialisé en stomatologie/ORL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ID préparateur en pharmacie</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Infirmiers adjoints</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Infirmier breveté</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Aides-soignants</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
<b>Sage femme d'Etat</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Technicien labo</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3<sup>2</sup></b>	<b>5</b>
<b>Technicien supérieur en radiologie</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Personnel administratif</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
Service financier/ administratif	1	0	2	2
Personnel de soutien	11	5	3	8
Agent d'hygiène	0	0	1	1
Magasin	0	1	0	1
ARRFC	3	1	2	3
Point de vente de médicaments	0	3	0	3
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>65</b>

Source : Document des normes et standards du MS et Rapport annuel 2006

La direction de l'hôpital a nommé préférentiellement les agents formés à l'interne à des postes de responsables de services. Cette attitude n'est pas propice à l'amélioration de la qualité des prestations car elle peut générer à tout moment des conflits interpersonnels, ce qui ne favorise pas l'ambiance de travail. Néanmoins, il est essentiel de souligner l'engagement de plus en plus marqué de l'équipe dirigeante de l'hôpital dans l'amélioration de la qualité des prestations à travers le

<sup>2</sup> Dont un du niveau A

recrutement d'agents de plus en plus qualifiés au détriment de la formation en interne.

De façon générale, l'hôpital offre deux types de prestations : les soins ambulatoires et les soins en hospitalisation. Toutes les consultations (pédiatriques, obstétricales, chirurgicales et de médecine interne) se font au niveau du dispensaire. Les infirmiers et médecins consultent simultanément les malades et selon son état, le malade est ensuite soit hospitalisé soit traité en ambulatoire. Il bénéficie des examens paramédicaux sur prescription des traitants. La consultation ordinaire en ambulatoire des malades se fait tous les jours ouvrables de 14 à 17 heures. Les malades qui viennent en dehors de ces heures payent un tarif plus élevé. Cette tranche horaire ne permet pas aux agents qui consultent de travailler avec suffisamment d'énergie car ils travaillent dans l'hôpital de 8 à 14 heures avec une pause entre 12 et 14 heures.

Les médicaments prescrits aux malades externes leur sont servis à la pharmacie. L'hôpital pratique une tarification forfaitaire qui inclut les prix de consultation ou d'hospitalisation et ceux des médicaments et actes. Mais les produits tels que les solutés et les antibiotiques sont vendus aux malades. Pourtant, l'hôpital ne tient pas une comptabilité analytique de ses charges; le coût des prestations n'est donc pas connu pour servir de base à la fixation des tarifs.

Pour assurer la fourniture électrique dans ces services, l'hôpital de Boko dispose de deux groupes électrogènes. L'hôpital n'est donc pas connecté au réseau électrique de la SBEE malgré le passage de la haute tension reliant Parakou à N'Dali. Mais cette source d'énergie coûte excessivement chère à l'hôpital.

L'approvisionnement en eau courante est assuré par un forage situé sur le territoire de l'hôpital et des installations y afférentes (pompe, châteaux). Pour leurs besoins en eau, les usagers utilisent un forage à pédale.

## **B. Organes de gestion et de contrôle**

Les deux statuts qui régissent le fonctionnement de l'hôpital de zone de Boko prévoient des organes de gestion et de contrôle qui assurent la gestion et

accompagnent la direction dans le fonctionnement de l'hôpital. Il s'agit du Conseil d'Administration (CA), le comité de direction (CoDir), la commission médicale consultative (CMC), le comité d'hygiène et de sécurité (CHS), et le délégué du personnel.

### *1. Le Conseil d'Administration*

Le CA est composé de l'Archevêque, du directeur de l'hôpital, du président de la commission diocésaine de santé, du médecin-coordonnateur de la zone sanitaire Parakou-N'Dali, d'un porte-parole des délégués du personnel et des représentants des plus grands partenaires de l'hôpital. Il faut noter que le Médecin-coordonnateur et les partenaires ont un statut d'observateurs au sein du conseil. Le CA est présidé par l'Archevêque de Parakou et se réunit deux fois par an : une première fois pour approuver les rapports d'activités et le bilan financier puis une seconde fois pour approuver le budget prévisionnel. Le directeur exécute ses décisions et lui rend compte de sa gestion.

### *2. Le comité de direction*

Le comité de direction est bien fonctionnel et comprend : le directeur, les chefs services, l'infirmière générale, les responsables de services médicaux, un représentant des délégués du personnel et le surveillant général. Ce comité se réunit une fois par mois et discute des principaux problèmes de l'hôpital. Les résolutions issues de ces réunions sont restituées au reste du personnel par l'intermédiaire des délégués du personnel et des responsables de services.

### *3. Le comité d'hygiène et de sécurité*

Le CHS est mis en place et est constitué du directeur, d'un médecin, d'un aide-soignant, des responsables des services du laboratoire, de la maternité, du bloc opératoire, de l'infirmière générale, du comptable et de l'agent d'hygiène. Le CHS est placé sous la responsabilité du médecin qui en est membre. Le CHS était peu fonctionnel jusqu'à l'avènement du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

#### *4. La commission médicale consultative*

La CMC n'existe pas en tant qu'organe installé et fonctionnel.

#### *5. Le Délégué du personnel*

Par référence au code du travail, l'institution des délégués du personnel a été mise en place. Ainsi, les agents de l'hôpital disposent de six délégués (3 titulaires et 3 suppléants) qui les représentent devant la direction. Un seul délégué représente tous les autres au CA.

Les délégués du personnel actuels ont été élus depuis 2003 alors que le code du travail stipule que leur mandat ne doit durer que deux ans

## **II. Gestion matérielle et financière de l'hôpital de Boko**

La gestion matérielle et financière de l'hôpital se fait sur la base du manuel de procédures administratives et comptables. Ce document comporte les procédures recommandées pour la mise en œuvre des principales opérations administratives, financières et comptables de l'hôpital.

### **A. Gestion matérielle**

L'hôpital de Boko compte en 2007, 80 lits soit en moyenne 1 lit pour 3000 habitants de la zone sanitaire Parakou-N'Dali.

En matière d'infrastructures, on observe un plan qui ne facilite pas la différenciation des différents services médicaux à l'exception de la maternité qui nécessite aussi une réhabilitation. En effet, les hospitalisations des services de médecine, pédiatrie et chirurgie forment ensemble un bloc ; le dispensaire est dissocié et sert à toutes les consultations, mais les services de laboratoire, imagerie médicale et administratif sont bien distincts. Les infrastructures ne sont donc pas conformes aux normes.

Le ravitaillement des services se fait tous les jours par la magasinière. Certains services se font même ravitailler plusieurs fois par jour parce que les responsables de services ne maîtrisent pas toujours leurs consommations pour une période donnée. Il faut aussi relever que le niveau professionnel de la magasinière ne lui permet pas de faire des prévisions sur la base des consommations des services ; cette situation entraîne fréquemment des difficultés comme les ruptures de stocks, les flottements dans la prise en charge des malades hospitalisés. La non maîtrise des consommations des services rend difficile la planification des commandes et ne permet pas de mesurer la performance des services dans la production des soins (quelle consommation de ressources pour quelle production de soins ?). En général, la gestion des stocks est à améliorer.

Le point de cession des médicaments et consommables médicaux de l'hôpital de Boko est tenu par trois commis chacun possédant son propre stock. Le grand magasin ravitaille le point de cession en fonction des besoins exprimés par chaque commis. La plupart des médicaments sont cédés aux malades dans le cadre du forfait. Il n'y a pas d'inventaire au point de cession. Les fiches de stock n'enregistrent pas les mouvements des produits cédés aux malades. Un cahier de décompte fait le point de la journée mais ne sert pas de document d'enregistrement de la fiche de stock. Sur les fiches de stock, les commis enregistrent la quantité de produits reçus du grand magasin dans la colonne quantité entrée et la même quantité en sortie dès qu'elle est entamée. La gestion des médicaments n'est pas suffisamment contrôlée par les responsables car les agents de la pharmacie n'ont visiblement aucun devoir de compte-rendu.

## **B. Gestion financière**

Chaque année, l'hôpital élabore un budget qui est voté par le CA. L'élaboration du budget est basée sur les réalisations antérieures et les objectifs de l'année à venir. Les recettes sont budgétisées par service tandis que les dépenses sont budgétisées globalement surtout pour les dépenses communes même si les besoins sont exprimés par les services avant d'être consolidés.

Les sources de financement de l'hôpital de Boko sont nombreuses et diversifiées. Les fonds propres d'une part, les subventions de l'Etat d'autre part et

encore les partenaires extérieurs (PSS, Fondation Hubi Vinciane, le Programme Action Sud Borgou, etc.).

Les fonds propres sont constitués par les recettes des prestations payées par les clients. Quant aux subventions, certaines sont mises à la disposition de l'hôpital en nature et d'autres en espèces.

Les tableaux suivants montrent l'évolution des ressources de l'hôpital pendant les trois dernières années.

**Tableau n° 2 : Capacité de financement de l'hôpital**

Intitulés	2004	2005	2006
Fonds propres	97 603 865	100 380 225	97 286 457
Subventions Etat	23 897 297	22 912 766	27 216 226
Total des charges de fonctionnement	175 972 518	174 032 395	193 619 477
Dotations aux amortissements	22 428 231	21 714 276	29 011 195
CFP des dépenses d'exploitation sans amortissements	64%	66%	59%
CFI des dépenses d'exploitation sans amortissements	79%	81%	76%
CFP des dépenses d'exploitation avec amortissements	55%	58%	50%
CFI des dépenses d'exploitation avec amortissements	69%	71%	64%

Source : Rapports annuels 2004, 2005 et 2006

CFP = Capacité de financement propre

CFI = Capacité de financement Interne

CFP des dépenses d'exploitation = Fonds propres / Total des dépenses de fonctionnement

CFI des dépenses d'exploitation = (Fonds propres + Subventions Etat) / Total des dépenses de fonctionnement

Les fonds propres de l'hôpital couvrent en moyenne 63% de ses charges de fonctionnement. Cela traduit la forte dépendance de l'hôpital de Boko aux subventions. L'analyse du financement interne qui prend en compte les subventions de l'Etat, fait ressortir encore un besoin de financement de près de 25%. Cette analyse ne tient pas compte des charges liées aux investissements, c'est-à-dire les amortissements.

Quant au financement des investissements, il se présente comme suit :

**Tableau n° 3 : Financement des investissements de 2004 à 2006**

	2004		2005		2006	
Fonds propres	640 000	6%	1 149 000	3%	1 685 000	2%
Subventions Etat	00	0%	00	0%	00	0%
Autres subventions	10 024 562	94%	33 349 925	97%	95 433 838	98%
<b>Total : .....</b>	<b>10 664 562</b>	<b>100%</b>	<b>34 498 925</b>	<b>100%</b>	<b>97 118 838</b>	<b>100%</b>

Source : Rapports annuels 2004, 2005 et 2006

On constate ici que la quasi-totalité des investissements est financée par des subventions. Ces subventions proviennent pour la plupart de partenaires dont la présence sur le territoire est aléatoire et passagère, c'est-à-dire les projets financés par des partenaires étrangers.

De la lecture des deux tableaux ci-dessus, on note une forte dépendance de l'hôpital surtout vis-à-vis des partenaires étrangers.

L'instauration du commissariat oblige l'hôpital à tenir une comptabilité générale régulière et à élaborer annuellement ses états financiers. Ainsi, tous les ans, lorsque les opérations sont clôturées au plus tard le 28 février avec les régularisations nécessaires suivant les règles de la comptabilité générale, les états financiers (bilan, compte de résultats et autres) sont élaborés et certifiés par un commissaire aux comptes avant d'être validés au CA.

## **Paragraphe 2 : Etat des lieux de base de la mise en œuvre du processus d'assurance qualité à l'hôpital de Boko**

### **I. Contexte et justification de la mise en œuvre du processus d'assurance qualité**

La progression sans cesse croissante des dépenses de santé face à l'amenuisement des ressources ont induit la nécessité pour toutes les structures sanitaires comme l'hôpital de Boko de mettre en œuvre un processus d'assurance qualité en leur sein ; ce processus est un ensemble d'actions nécessaires pour satisfaire aux exigences des clients. Cette idée de promouvoir la qualité des soins a un double objectif :

- D'abord, pour les populations, ce nouveau concept permet de réduire considérablement les dépenses de santé des ménages qui selon les comptes nationaux de santé (CNS) 2003 représentent 52% des dépenses de santé totales. Ces populations qui sont de plus en plus exigeantes et qui sont désormais désignées "clients" compte tenu de leur importance dans la vie des structures.
- Ensuite, pour les hôpitaux, la non qualité a un coût qui n'est pas entièrement pris en charge par les usagers et qui peut aller jusqu'à la perte de l'image ou de la renommée de la structure ; la non qualité constitue donc une menace pour l'hôpital.

Depuis son érection en hôpital de zone, de nombreux partenaires ont accompagné l'hôpital de Boko. Ses performances se sont donc améliorées progressivement. Vu le niveau de performance atteint, il est apparu indispensable de mettre en œuvre un processus d'assurance qualité pour non seulement maintenir les bonnes performances mais aussi pour améliorer les performances encore insatisfaisantes. Ceci est d'ailleurs devenu une condition exigée par les partenaires avant de financer l'hôpital, d'où l'accueil du processus au sein de l'hôpital.

## **II. Niveau de mise en œuvre du processus**

### **A. Les innovations**

Dans la mise en œuvre du processus d'assurance qualité à l'hôpital de Boko, plusieurs actions ont été réalisées parmi lesquelles on peut citer :

- la réalisation d'une enquête socio-anthropologique pour cerner les données de base avant toute action. Cette enquête a

donc permis de relever les forces, faiblesses, opportunités et menaces.

➤ le recensement des axes stratégiques d'intervention pour l'amélioration de la qualité des prestations. Ces axes d'intervention sont au nombre de quatre et concernent l'amélioration de l'organisation, de la communication interpersonnelle, des infrastructures et de la gestion des finances de l'hôpital. Au niveau de chaque axe des activités ont été identifiées.

➤ L'exécution de plusieurs activités telles que prévues dans le plan d'action.

➤ La mise en place d'un dispositif permettant l'évaluation semestrielle de la satisfaction et des besoins des clients de l'hôpital. La satisfaction des clients est appréciée par rapport aux paramètres comme l'accueil, la prise en charge, les conditions de séjour et le niveau de pratiques parallèles. Les résultats des différentes enquêtes ont permis à l'hôpital de s'améliorer en fonction des situations dénoncées par les patients. Au premier semestre 2006, le niveau de satisfaction a atteint 79,70%.

Toutes ces actions ont été mises en œuvre par une stratégie de médiation sociale. L'hôpital n'a pas mis en place une cellule "Assurance qualité" pour assurer la continuité des actions mises en place.

## **B. Les résultats obtenus**

Grâce à la mise en place de ces dispositifs et la réalisation des activités, certains résultats concrets ont déjà été obtenus. Nous pouvons citer par exemple :

✓ Des fiches de description de poste sont élaborées pour tous les agents et servent d'outils d'évaluation du personnel

✓ De nouvelles infrastructures ont été construites et des réhabilitations ont été faites

✓ La satisfaction des clients externes est évaluée semestriellement avec l'appui technique et financier des partenaires pour tenir compte des attentes desdits clients. L'hôpital ne s'est

donc pas encore approprié cette activité d'évaluation de la satisfaction des clients.

✓ Amélioration remarquable des indicateurs de performance grâce à l'amélioration de la qualité des prestations. Ainsi donc, les indicateurs clés tels que le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjour, le taux d'infection post-opératoire se sont améliorés ces dernières années.

## **Section 2 : Ciblage de la problématique**

Sur la base de cette restitution du fonctionnement de l'hôpital de zone de Boko, nous allons viser une problématique après avoir fait l'inventaire des problèmes. Cette problématique sera ensuite détaillée en problèmes spécifiques pour mieux orienter notre étude.

### **Paragraphe 1 : Inventaire des éléments du constat et choix de la problématique**

#### **I. Inventaire des éléments du constat**

##### **A. Inventaire des atouts et des problèmes**

Il s'agit ici d'inventorier d'une part les forces et opportunités et d'autre part les faiblesses et menaces.

##### *1. Inventaire des atouts*

De l'exposé de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital de Boko, nous pouvons retenir les forces et opportunités ci-après :

- Existence d'un organigramme fonctionnel
- Administration de l'hôpital encore embryonnaire mais proportionnelle à la taille de l'hôpital.
- Représentation des partenaires au CA.

- Comité de Direction fonctionnel.
- Avènement du CLIN.
- Existence des délégués du personnel
- Existence d'un manuel de procédures administratives et comptables.
- Institution du commissariat aux comptes.

## *2. Inventaire des problèmes*

Quant aux faiblesses et menaces, elles peuvent se résumer comme suit :

- Inexistence d'un service d'entrée chargé de l'accueil, tri et orientation des malades.
- Absence de responsabilité directe des médecins.
- Inefficacité du système de garde.
- Personnel disponible non conforme aux normes dictées par le Ministère de la Santé.
- Forte probabilité de conflits interpersonnels.
- Heures de consultation non adaptées aux règles de la gestion des ressources humaines.
- Inexistence d'une comptabilité analytique.
- Source d'énergie électrique coûteuse.
- Non existence de la CMC.
- Non renouvellement des délégués du personnel
- Infrastructures non conformes aux normes.
- Inefficacité de la gestion des consommables médicaux.
- Insuffisance de contrôle dans la gestion des médicaments.
- Dépendance de l'hôpital vis-à-vis des partenaires étrangers.
- Inexistence d'une cellule "Assurance qualité".
- Non appropriation de l'évaluation de la satisfaction des clients.

### **B. Regroupement des problèmes par centre d'intérêt**

**Tableau n° 4 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt**

N° d'ordre	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
---------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	----------------

N° d'ordre	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Absence de responsabilité directe des médecins</li> <li>○ Forte probabilité de conflits interpersonnels</li> <li>○ Non renouvellement des délégués du personnel</li> </ul>	Gestion des ressources humaines peu performante.	Problématique d'une gestion plus performante des ressources humaines
2	Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inefficacité du système de garde</li> <li>○ Heures de consultation non adaptées aux règles de la gestion des ressources humaines.</li> <li>○ Non existence de la CMC</li> <li>○ Inefficacité de la gestion des consommables médicaux</li> <li>○ Insuffisance de contrôle dans la gestion des médicaments</li> </ul>	Organisation des services pas satisfaisante	Problématique d'une meilleure organisation des services.
3	Qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inexistence d'un service d'entrée chargé de l'accueil, tri et orientation des malades.</li> <li>○ Personnel</li> </ul>	Qualité des services non encore satisfaisante	Problématique d'une qualité convenable des services.

N° d'ordre	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
		<p>disponible non conforme aux normes dictées par le Ministère de la Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infrastructures non conformes aux normes</li> <li>○ Inexistence d'une cellule "Assurance qualité"</li> <li>○ Non appropriation de l'évaluation de la satisfaction des clients</li> </ul>		
4	Finances de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inexistence d'une comptabilité analytique</li> <li>○ Source d'énergie électrique coûteuse.</li> <li>○ Dépendance de l'hôpital vis-à-vis des partenaires étrangers</li> </ul>	Incertitude sur la viabilité de l'hôpital	Problématique de la viabilité pérenne de l'hôpital.

A partir de ces différents problèmes, nous allons énoncer une problématique avant de procéder à sa spécification.

## II. Choix et spécification de la problématique

### A. Choix de la problématique

Une analyse des différents problèmes identifiés au cours de notre restitution nous permet d'affirmer que tous les centres d'intérêt représentent des problématiques pour lesquelles l'hôpital de zone de Boko devra résolument chercher des moyens de résolution pour améliorer davantage ses performances.

Cependant, pour concilier notre souci de mettre en application les enseignements reçus au cours de notre formation avec la préoccupation des responsables de l'hôpital de faire face aux problèmes de gestion après le retrait des partenaires, nous allons cibler les deux problématiques suivantes :

- ✚ Problématique d'une qualité convenable des services.
- ✚ Problématique de la viabilité pérenne de l'hôpital.

Rappelons que ces problématiques englobent les problèmes spécifiques suivants :

- Inexistence d'un service d'entrée chargé de l'accueil, tri et orientation des malades.
- Personnel disponible non conforme aux normes dictées par le Ministère de la Santé
  - Infrastructures non conformes aux normes
  - Inexistence d'une cellule "Assurance qualité"
  - Non appropriation de l'évaluation de la satisfaction des clients
  - Inexistence d'une comptabilité analytique
  - Source d'énergie électrique coûteuse.
  - Dépendance de l'hôpital vis-à-vis des partenaires étrangers

C'est donc dans le but d'aider l'hôpital à garantir sa pérennité financière tout en maintenant ou même en améliorant ses performances actuelles par une mise en œuvre complète et sans risque du processus d'assurance qualité que notre thème est intitulé : «**PROBLEMATIQUE DU FINANCEMENT DURABLE DES PRESTATIONS DE QUALITE A L'HOPITAL DE ZONE DE BOKO**».

## **B. Spécification de la problématique**

### *1. Problème général*

Le problème général sur lequel notre étude se penchera peut être intitulé : "Insuffisance de ressources pour assurer durablement des prestations de qualité aux clients"

## 2. *Problèmes spécifiques*

Concernant les problèmes spécifiques, ils indiquent des manifestations du problème général et sont au nombre de trois à savoir :

- Insuffisance des recettes pour couvrir les charges
- Non respect des normes en personnel et infrastructures
- Non appropriation de toutes les activités d'assurance qualité par les acteurs de l'hôpital

## **Paragraphe 2 : Vison globale de résolution de la problématique spécifiée.**

Une fois la problématique formulée et les problèmes spécifiques à résoudre choisis, il importe de préciser la vision globale pouvant nous permettre de résoudre notre problème général décomposé en problèmes spécifiques.

En effet, concernant le problème général intitulé **Insuffisance de ressources pour assurer durablement des prestations de qualité aux clients**, nous pouvons dire que la mise en œuvre d'un processus d'assurance qualité est devenue une obligation pour toutes les structures de santé de nos jours, au point où la non conformité à ce devoir peut affecter la fréquentation et donc la continuation des activités de ces structures. Il s'agit donc d'une démarche qui conditionne le fonctionnement même de l'hôpital. Quoi qu'elle coûte, les ressources doivent être disponibles pour assurer pleinement cette fonction.

Par rapport au problème spécifique 1 intitulé **Insuffisance des recettes pour couvrir les charges**, disons que toute structure même sociale, doit être capable de couvrir ses charges de fonctionnement normal à partir des recettes issues de ses prestations. Ainsi, les subventions ne viendront qu'en appui pour améliorer ce fonctionnement ou pour aider à régler des problèmes ponctuels. Pour résoudre ce problème, nous ferons donc référence à la théorie de l'autofinancement.

Par rapport au problème spécifique 2 relatif au **Non respect des normes en personnel et en infrastructures**, nous pouvons dire que c'est de la disponibilité des infrastructures adéquates et du personnel qualifié et en quantité suffisante que dépendent les résultats d'une démarche qualité. Nous estimons qu'en utilisant une approche basée sur les conditions nécessaires à la fourniture de prestations de qualité aux clients, nous pourrions régler ce problème.

Enfin, concernant le problème spécifique 3 intitulé **Non appropriation de toutes les activités d'assurance qualité par les acteurs de l'hôpital**, disons qu'il s'agit ici du préalable à la mise en œuvre efficace d'une démarche qualité. En effet, une démarche qualité qui se veut efficiente et durable doit être l'œuvre des acteurs de la structure qui la met en place. Nous pensons donc qu'en utilisant une approche basée sur les éléments nécessaires à l'institutionnalisation de l'assurance qualité, nous pourrions insister sur l'importance de l'environnement interne qui doit être propice c'est-à-dire comprendre les aspects de l'organisation qui encouragent le développement durable de l'AQ. Ainsi, nous pourrions contribuer à corriger cette situation.

# **CHAPITRE PREMIER :**

## **DU CADRE THEORIQUE A LA**

### **COLLECTE DES DONNEES**

A travers ce chapitre, nous nous tracerons un cadre de travail, exposerons la méthodologie qui sera suivie et enfin nous décrirons le travail préparatoire à la collecte des données.

## Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

### Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature

A travers ce paragraphe, nous allons énoncer les objectifs de notre étude, formuler des hypothèses avant de faire le point des connaissances sur la question du financement d'un hôpital avec les exigences de la qualité des soins.

#### I. Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude

##### A. Objectifs et hypothèses de l'étude

###### 1. Objectifs de l'étude

Vu les différents problèmes identifiés, notre étude a pour objectif général de **"analyser le financement des prestations de qualité à l'hôpital de zone de Boko"**. Cet objectif est relié au problème général.

Concernant les objectifs spécifiques qui sont, eux, associés aux problèmes spécifiques, ils sont énoncés comme suit :

**Objectif spécifique 1** : contribuer à la réduction de l'écart entre les recettes et les charges.

**Objectif spécifique 2** : proposer des moyens de se conformer aux normes en infrastructures et surtout en personnel.

**Objectif spécifique 3** : proposer des mesures pour assurer la pérennité de l'AQ.

###### 2. Causes et hypothèses liées à la problématique choisie

A propos des causes et hypothèses, elles concernent uniquement le niveau spécifique et seront donc formulées sur la base des problèmes spécifiques.

Ainsi, concernant d'abord le problème spécifique 1 intitulé "Insuffisance des recettes pour couvrir les charges", il découle du constat d'une différence remarquable entre les charges de l'hôpital et les recettes issues de son activité ; l'équilibre est actuellement assuré par des subventions venant de partenaires aléatoires et passagers, ce qui ne garantit pas la survie du centre. A ce problème, nous trouvons comme causes possibles la faible fréquentation de l'hôpital et le bas niveau des tarifs.

En retenant la faible fréquentation de l'hôpital comme cause probable du problème spécifique 1, nous constatons que cela ne peut s'expliquer vu l'affluence qu'on observe dans l'hôpital qui est due à la renommée que l'hôpital a acquise depuis sa création. Les patients proviennent de plusieurs régions et même de Parakou malgré la distance et la proximité du CHD et autres structures sanitaires à Parakou.

Mais en retenant plutôt le bas niveau des tarifs, nous estimons que cette cause est plus réaliste car c'est ce qui peut expliquer la forte fréquentation évoquée plus haut après la renommée de l'hôpital.

Nous déduisons de ces réflexions notre hypothèse 1 libellée comme suit : **"le bas niveau des tarifs est à l'origine du déséquilibre entre les recettes et les charges de l'hôpital"**.

Ensuite, concernant le problème spécifique 2 intitulé "Non respect des normes en personnel et infrastructures", nous pensons que le passé de l'hôpital explique cet état de chose. En effet, depuis sa création, l'hôpital s'est donné comme coutume de former les agents suivant un programme de formation qui a été ensuite validé par l'AMCES. Suivant ce programme de formation, le personnel est recruté sans qualification technique de base (niveau CEP) et est formé pour devenir progressivement aide-soignant, infirmier-adjoint et infirmier.

Mais pourquoi depuis sa désignation comme hôpital de zone, l'hôpital ne s'est-il pas conformé aux normes ? A notre avis, il y a deux causes possibles :

- L'attachement de l'hôpital aux anciennes pratiques
- Le niveau élevé des charges financées sur fonds propres.

Concernant la première cause supposée, cela ne peut se comprendre lorsque nous observons que plusieurs nouvelles infrastructures ont été construites par les partenaires sur la demande de l'hôpital et que l'effectif du personnel a été doublé entre 2001 et 2006 avec le recrutement de nouveaux agents diplômés des écoles d'Etat, selon ce que nous ont confié les responsables de la structure.

Cependant la seconde cause supposée nous semble plus proche de la réalité car selon les responsables de la structure, l'Etat n'appuie pas suffisamment l'hôpital et les partenaires sont fermes sur le non financement des charges de personnel, médicaments et consommables. Ces raisons sont à la base de l'incapacité à dégager des ressources pour recruter de nouveaux agents et pour assurer le renouvellement des infrastructures qui ont été initialement construites par des partenaires.

Notre hypothèse 2 est donc formulée : **"le non respect des normes en personnel et en infrastructures est dû au niveau élevé des charges financées sur fonds propres"**.

Enfin, le problème spécifique 3 libellé "Non appropriation de toutes les activités d'assurance qualité" résulte du constat selon lequel, la plupart des activités de mise en œuvre du processus d'assurance qualité sont impulsées et financées par les partenaires. Cette situation qui ne garantit pas la continuité desdites activités après le retrait des partenaires est due, selon nous aux causes ci-après :

- Le manque d'intérêt pour le concept
- Les coûts élevés desdites activités

Lorsque nous retenons le manque d'intérêt pour le concept comme cause supposée être à la base du problème spécifique 3, cela nous semble illusoire car l'hôpital fait partie des premières structures qui ont accueilli le nouveau concept et ce, depuis 2003. C'est donc tout librement, et intéressé par la proposition des partenaires de faire l'expérience que l'assurance qualité a été mise en œuvre dans cet hôpital. Aussi, nous avons constaté au cours de notre stage que depuis 2003, il y

a eu plusieurs acquis grâce à cette expérience, acquis dont l'hôpital se glorifie souvent et qui font de lui une référence.

Mais lorsque nous retenons plutôt le coût élevé des activités liées à l'AQ comme cause du problème, nous pensons être plus proche de la source du problème car plusieurs activités de formations, études, évaluations ont lieu depuis 2003, activités qui sont naturellement coûteuses.

Suite à ces réflexions, notre hypothèse 3 est formulée comme suit : **"le coût élevé du processus d'assurance qualité est à la base de la réticence des responsables de l'hôpital à s'approprier le concept "**.

## **B. Tableau de bord de l'étude**

Rappelons ici que pendant notre séjour à l'hôpital de zone de Boko, nous avons relevé des problèmes liés aux difficultés financières dudit hôpital. Parmi ces problèmes nous avons relevé spécifiquement ceux qui perturbent la mise en œuvre correcte du processus d'assurance qualité. Ils sont au nombre de trois à savoir :

- Insuffisance des recettes pour couvrir les charges.
- Non respect des normes en personnel et infrastructures.
- Non appropriation de toutes les activités d'assurance qualité.

Avant de formuler les hypothèses que nous allons vérifier plus tard, nous nous sommes fixés des objectifs pour orienter nos travaux. Ainsi, notre objectif général est **d'analyser le financement des prestations de qualité à l'hôpital de zone de Boko**. Pour ce faire, nous allons :

- Dans un premier temps contribuer à la réduction de l'écart entre les recettes et les charges.
- Ensuite, nous allons proposer des moyens de se conformer aux normes en infrastructures et surtout en personnel.
- Enfin, nous proposerons des mesures pour assurer la pérennité de l'AQ.

Le tableau suivant résume tout ce qui précède et servira de guide pour la réalisation de notre étude.

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

NIVEAU D'ANALYSE		PROBLEMES	OBJECTIFS	CAUSES SUPPOSEES	HYPOTHESES
Niveau général		Insuffisance de ressources pour assurer durablement des prestations de qualité aux clients	analyser le financement des prestations de qualité à l'hôpital de zone de Boko		
Niveaux spécifiques	1	Insuffisance des recettes pour couvrir les charges	contribuer à la réduction de l'écart entre les recettes et les charges.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La faible fréquentation</li> <li>- Le bas niveau des tarifs.</li> </ul>	Le bas niveau des tarifs est à l'origine de l'insuffisance des recettes pour couvrir les charges de l'hôpital.
	2	Non respect des normes en personnel et infrastructures.	proposer des moyens de se conformer aux normes en infrastructures et surtout en personnel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'attachement de l'hôpital aux anciennes pratiques.</li> <li>- Le niveau élevé des charges financées sur fonds propres.</li> </ul>	Le non respect des normes en personnel et en infrastructures est dû au niveau élevé des charges financées sur fonds propres.

NIVEAU D'ANALYSE		PROBLEMES	OBJECTIFS	CAUSES SUPPOSEES	HYPOTHESES
	3	Non appropriation de toutes les activités d'assurance qualité	proposer des mesures pour assurer la pérennité de l'AQ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'intérêt pour le concept d'AQ.</li> <li>- Le coût élevé du processus d'AQ.</li> </ul>	Le coût élevé du processus d'assurance qualité est à la base de la non appropriation de toutes les activités d'assurance qualité.

## II. Revue de littérature

Il s'agit ici de faire le point des connaissances sur la mise en œuvre durable du processus d'assurance qualité lié au fonctionnement de l'hôpital. Nous allons donc exposer les contributions de chercheurs qui ont antérieurement réfléchi sur cette approche.

En effet, si P. CROSBY définit la qualité comme « la conformité aux spécifications » c'est bien pour montrer le caractère essentiel de la chose car la qualité n'est plus un luxe mais une nécessité même pour les structures sanitaires ; ces structures qui, malgré leur caractère social, n'ont plus à gérer des patients mais des "clients" qui sont de plus en plus exigeants.

Bertrand LOUAPRE a, quant à lui, énoncé six conditions et six étapes nécessaires à la démarche qualité. L'une de ses six conditions met l'accent sur les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la gestion de la qualité. Il énonce ainsi que « le système qualité est un ensemble qui comprend la structure organisationnelle, les responsabilités, les procédures et procédés et les ressources pour mettre en œuvre la gestion de la qualité ». Plus loin, il affirme que « le système qualité suppose quatre conditions à savoir l'existence des moyens appropriés, la bonne organisation de ces moyens, la possession de la connaissance technique et la possibilité de la preuve de l'action ». Ces deux citations nous confirment le rôle important que jouent les ressources dans la mise en œuvre efficace d'une démarche qualité ; ces ressources qui sont à la fois humaines, matérielles et financières.

Pour montrer une fois encore l'importance des ressources, Thomas Straubhaar et Paula Bezzola affirment que « un système complet de gestion de la qualité comprend en effet la qualité des structures, des processus et des résultats ». Dans la notion de structure, il y a les ressources qui doivent être de qualité pour que la qualité des prestations offertes aux clients soit également garantie.

Lorsque les ressources ont été suffisamment mobilisées et que la démarche qualité a été instituée, il faudrait en assurer la pérennité. C'est à cet effet que Franco I. M. et consorts proposent « l'institutionnalisation de l'assurance qualité ». Cela nécessite un environnement interne propice c'est-à-dire « constitué d'un leadership qui établit des priorités, encourage l'apprentissage et se préoccupe de son personnel, des valeurs fondamentales de l'organisation qui mettent l'accent sur le respect, la qualité et l'amélioration continue, de politiques qui soutiennent, guident et renforcent l'AQ et des ressources adéquates allouées à la mise en œuvre d'activités d'AQ ». Nous nous intéresserons davantage à ces deux derniers éléments dans notre développement.

## **Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie liée au financement durable des prestations de qualité.**

### **I. Approches théoriques retenues**

#### **A. Repère d'amélioration en ce qui concerne le problème spécifique 1**

Comme nous l'avons mentionné dans notre hypothèse 1, le bas niveau des tarifs est à l'origine du déséquilibre entre les recettes et les charges de l'hôpital. Pour améliorer cet état de chose, il serait convenable que les tarifs soient revus à la hausse. Ceci permettra d'assurer le recouvrement des frais engagés mais enlèverait à l'hôpital son caractère social car on assistera à un accroissement du nombre des exclus. C'est pour cette raison qu'il faut que l'Etat prenne ses responsabilités en prenant en charge correctement et selon ses engagements la santé des populations comme le prescrit l'article 8 de la Constitution. Il lui faut donc aller au-delà des crédits

délégués et aider l'hôpital à couvrir ses plus grosses charges comme l'électricité et les salaires.

### **B. Repère d'amélioration en ce qui concerne le problème spécifique 2**

Ici, nous avons estimé que le non respect des normes en infrastructures et en personnel est dû au niveau élevé des charges financées sur fonds propres. En effet, ces deux éléments clés que constituent les infrastructures et le personnel sont des indicateurs de structure servant à mesurer la qualité. En tant que tel, leur inexistence ou leur insuffisance peut être sources de blocage du processus et constitue donc une menace potentielle à laquelle il faudrait veiller.

### **C. Repère d'amélioration en ce qui concerne le problème spécifique 3**

Concernant ce dernier problème spécifique, nous avons retenu que c'est le coût élevé du processus d'assurance qualité qui est à la base de la réticence des responsables de l'hôpital à s'approprier le concept. La mise en place d'une politique de réduction des coûts pourra permettre de maîtriser ces coûts et d'en contrôler l'évolution.

## **II. Approche empirique**

Les méthodes de collecte retenues pour une bonne récolte des informations en vue de la vérification des hypothèses formulées sont la revue documentaire et des entretiens avec les responsables de l'hôpital. Cette revue documentaire a porté essentiellement sur les documents de synthèse des informations concernant l'hôpital que sont les rapports annuels. Pour notre étude, nous nous sommes intéressée principalement aux rapports des trois dernières années.

Les principaux textes qui régissent la vie de l'hôpital ont également retenu notre attention. Il s'agit notamment des arrêtés n° 134/MSPAS/DGS/3 du 11 mai 1971 et n° 2216/MSP/DC/SGM/CADZS du 18 avril 2000 ainsi que les deux statuts qui régissent l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital.

Dans le but de vérifier nos hypothèses, nous avons procédé par comparaisons des informations recueillies dans ces documents. Nous avons vérifié ensuite si ces données se rapprochent des prescriptions et usages pour tirer nos conclusions et proposer des solutions d'amélioration.

Pour permettre une bonne analyse des données collectées, nous avons utilisé essentiellement des tableaux et graphiques pour restituer lesdites informations et faciliter les comparaisons et conclusions.

## **Section 2 : Collecte des données**

### **Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte**

#### **I. Préparation de la collecte**

Il s'agit ici, à la fois de l'enquête auprès des responsables de l'hôpital et de la recherche documentaire en vue de mobiliser des informations automatiquement exploitables. Pour y parvenir, nous avons procédé par une démarche en trois phases :

- Etude de la question de départ
- Quelles informations chercher et où les chercher ?
- Les types et techniques de recherche

#### **A. Phase n°1 : Etude de la question de départ**

A ce niveau, nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Quel est notre thème de recherche ?
- Quels problèmes voulons-nous résoudre à travers ce thème ?

Sur cette base, nous avons élaboré un planning de recherche pour réaliser notre travail.

#### **B. Phase n°2 : Quelles informations chercher et où les chercher ?**

- La réponse à la question de savoir où chercher les informations nous a permis de commencer nos recherches par les centres de documentation les plus proches pour aller progressivement vers les plus éloignés.

Ainsi, nous nous sommes rendue dans les centres de documentation de l'Ecole Nationale d'Administration et de magistrature, du Ministère de la Santé et de

la Direction Départementale de la Santé du Borgou-Alibori. Nous avons également procédé à des recherches d'informations via internet.

Enfin, nous nous sommes rendue à l'hôpital de zone de Boko où nous avons eu des entretiens avec les responsables de la structure.

- Quant à la question de savoir quelles informations chercher, elle nous a permis d'orienter nos recherches sur la documentation se rapportant à notre thème de recherche. Ainsi, nous avons mobilisé des mémoires, des ouvrages édités, des revues, des annuaires statistiques, des textes réglementaires ainsi que des rapports d'activités de l'hôpital de zone de Boko.

### **C. Phase n°3 : Les types et techniques de recherche**

A cette phase, nous avons collecté, dans un premier temps, un minimum d'informations après avoir pris connaissance du contenu des catalogues de chacun des centres de documentation visités. Ceci nous a permis de constituer un fonds documentaire afin de remonter aux informations sur consultation des sommaires et tables des matières des documents recensés. Nous avons également pu relancer nos pistes de recherche à partir de la bibliographie des premiers documents collectés.

Dans un second temps, nous avons procédé à des investigations et entretiens sur le terrain.

## **II. Réalisation de la collecte**

Comme le décrivent les types et techniques de recherche utilisés, notre collecte s'est intéressée aussi bien à des données secondaires à des données primaires obtenues grâce aux entretiens. Nous nous sommes donc référée aux documents économiques, comptables et financiers de l'hôpital et aux informations recueillies des acteurs de l'hôpital.

Notons que ce travail n'a pas été fait sans difficultés. Les informations collectées comportent également quelques biais.

## **Paragraphe 2 : Difficultés et limites des données collectées**

La principale difficulté que nous avons rencontrée au cours de nos investigations a été la quasi inexistence d'ouvrages spécifiques sur le financement de la démarche qualité en général et celle mise en œuvre dans les structures sanitaires en particulier. La plupart des auteurs ne se soucient pas du financement des hôpitaux avec l'introduction du concept "Assurance qualité" alors que sa mise en œuvre nécessite des ressources humaines, matérielles, financières et le temps. Nous en avons conclu que le financement de la qualité ne doit pas être dissocié du financement tout court des activités car la qualité doit être incorporée aux activités.

Quant aux limites, elles sont relatives aux informations contenues dans la documentation collectée, aux informations disponibles et aux déclarations des personnes rencontrées.

# **CHAPITRE DEUXIEME :**

## **ANALYSE DES DONNEES ET**

### **CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES**

#### **SOLUTIONS**

Dans ce chapitre, nous allons restituer les données collectées suivies de nos analyses d'une part et d'autre part, nous proposerons des approches de solutions et indiquerons les conditions de leur mise en œuvre.

## Section 1 : Présentation des données et vérification des hypothèses.

### Paragraphe 1 : Présentation et analyse des données collectées

#### I. Données relatives au problème spécifique 1

Au sujet du problème spécifique 1, nous avons retenu comme cause probable le bas niveau des tarifs, référence faite aux coûts des prestations. Pour vérifier le niveau de validité de cette cause sur ce problème, nous nous sommes rapprochée du directeur et des chefs et responsables de services. Les résultats de nos entretiens sont consignés dans le tableau suivant :

**Tableau n° 6 : Récapitulatif des entretiens relatifs au problème spécifique 1**

<b>Réponses obtenues</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Taux</b>
Faible fréquentation	01	9%
Tarifs bas	09	82%
Gaspillage de ressources	00	0%
Autres (cas évadés)	01	9%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Source : Résultats de nos entretiens

Sur cette base, nous nous sommes intéressée aux données pouvant nous renseigner sur le niveau des tarifs des prestations par rapport à leurs coûts de revient.

Dans notre état des lieux de base, nous avons eu à souligner la non tenue à l'hôpital de zone de Boko d'une comptabilité analytique qui ne permet pas de connaître les coûts des différentes prestations de l'hôpital. Néanmoins, il a été

réalisé en 2004 une étude des coûts de la production des soins pour l'année 2003. Les résultats de cette étude nous serviront de base d'informations.

Ainsi, nous avons, à titre d'exemple pour quelques prestations courantes de l'hôpital de zone, les données ci-dessous :

**Tableau n° 7 : Comparaison des coûts et tarifs**

<b>PRESTATIONS</b>	<b>COUTS</b>	<b>TARIFS</b>
Consultation enfants	1 630	1 000
Hernie simple (chirurgie)	33 642	28 000
Laparotomie (chirurgie)	51 924	40 000
Césarienne (maternité)	98 029	40 000

Source : Rapport de l'étude des coûts de la production des soins et Rapport annuel 2003

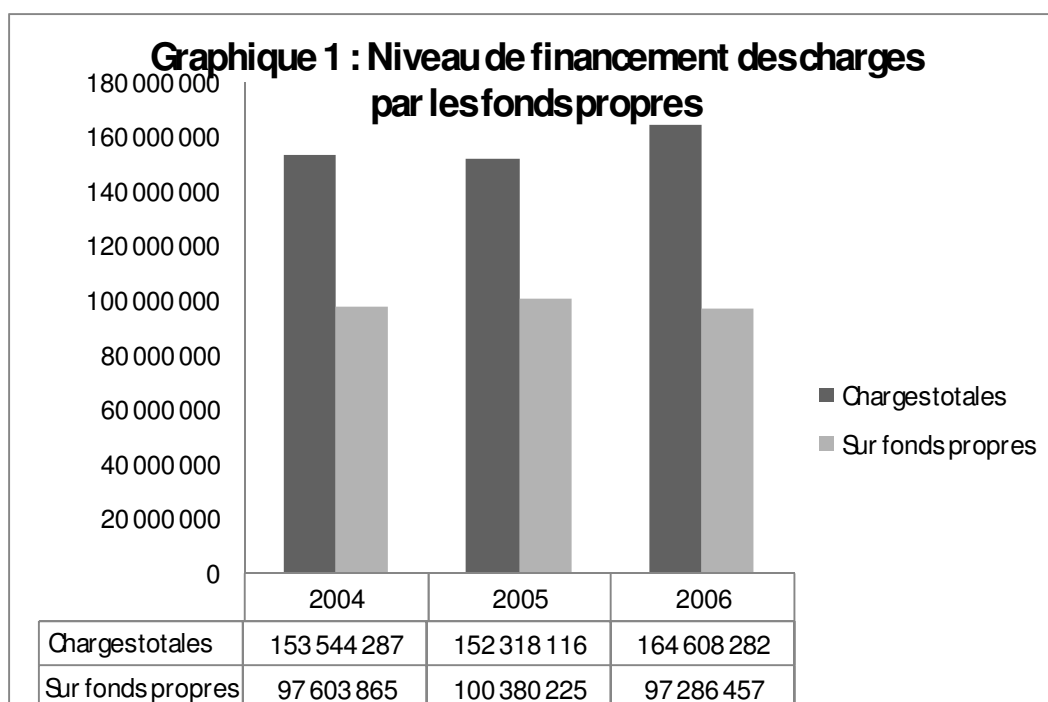
Rappelons que le mode de tarification pratiqué à l'hôpital de zone de Boko est la tarification forfaitaire qui englobe les prestations et certains médicaments<sup>3</sup>.

Il résulte de ce tableau que les tarifs appliqués par l'hôpital ne recouvrent pas entièrement les charges engagées pour la production des prestations.

## **II. Données concernant le problème spécifique 2**

Ici, nous nous sommes intéressées aux charges financées sur fonds propres dont le niveau élevé peut être à la base du non respect des normes en personnel et en infrastructures. Sur les trois dernières années le total des charges et celles financées sur fonds propres se présentent comme suit :

<sup>3</sup> Voir la fiche de tarification de l'hôpital en annexe .....



: Rapports annuels 2004, 2005 et 2006

On peut comprendre, à partir de ce graphique, la difficulté de l'hôpital à dégager des ressources pour recruter de nouveaux agents afin de se conformer aux normes et pour assurer le renouvellement de ses infrastructures.

De plus, nous constatons que parmi les charges de l'hôpital, les plus importantes concernent les salaires, les médicaments et consommables et le carburant pour assurer la disponibilité de l'énergie électrique. Selon nos investigations, ces postes sont difficilement financés par les partenaires étrangers qui estiment que ce sont des dépenses de souveraineté de l'hôpital.

Le tableau suivant montre le niveau de ces trois charges par rapport aux dépenses de fonctionnement de l'hôpital.

**Tableau n° 8 : Niveau des plus grands postes de consommation**

Intitulés	2004	2005	2006
Achat de médicaments et consommables	52 071 296	36 590 790	36 432 597
Charges salariales	63 488 814	62 835 174	70 309 720
Achat de carburants et lubrifiants	5 036 817	13 291 667	14 484 990
<b>TOTAL</b>	<b>120 596 927</b>	<b>112 717 631</b>	<b>121 227 307</b>
Dépenses de fonctionnement	153 544 287	152 318 116	164 608 282

Source : Source : Rapports annuels 2004, 2005 et 2006

Dans son arrêté n° 2216/MSP/DC/SGM/CADZS du 18 avril 2000 portant création de la zone sanitaire Parakou-N'Dali et donc désignation de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Boko comme l'hôpital de référence pour la zone sanitaire Parakou-N'Dali, le Ministère de la Santé a pourtant prévu à l'article 4 qu'il "s'emploiera à mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires au bon fonctionnement de la zone". Mais à ce jour, les subventions de l'Etat se résument pour l'essentiel aux crédits délégués et à quelques agents affectés à l'hôpital et payés par les ressources publiques. L'état du personnel par statut se présente comme suit :

**Tableau n° 9 : Etat du personnel par statut au 1<sup>er</sup> janvier 2007**

CATEGORIES	NOMBRE	STATUTS			
		CH	APE	CE	MS
Médecin	04	04			
Infirmier	25	18			07
Aide-soignant	14	14			
Sage-femme	02	-			02
Anesthésiste	01	01			
Technicien de Labo niveau B	02	01	01		
Technicien Supérieur de Labo	01	01			
Technicien Supérieur de Radio	01	01			
Personnel administratif	15	13		01	01
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>53</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>10</b>

CH=Contractuel de l'hôpital APE=Agent Permanent de l'Etat CE=Contractuel de l'Etat MS=Mesures Sociales

Source : Rapport annuel 2006

### III. Données concernant le problème spécifique 3

Ici, pour mettre vérifier la cause supposée qui est le coût élevé des activités liées à la mise en œuvre de l'assurance qualité, nous nous sommes rapprochée des acteurs de l'HZ de Boko.

Ainsi, les principales activités identifiées par les spécialistes de l'assurance qualité qui sont réputées coûteuses mais nécessaires à la mise en œuvre efficiente d'une démarche qualité sont effectivement mises en œuvre à l'HZ de Boko. Il s'agit notamment de :

- ☞ La formation du personnel sur le concept
- ☞ La sensibilisation du personnel pour susciter son adhésion au concept
- ☞ Le développement de la capacité et de la compétence du personnel à travers des formations et recyclages
- ☞ L'élaboration de documents servant de guide à la mise en œuvre du processus.
- ☞ L'expérimentation de la démarche qui nécessite des compétences externes, des personnes ressources.
- ☞ L'acquisition de nouvelles infrastructures et de matériels
- ☞ Le suivi permanent du processus et son évaluation

Comme on peut le constater et l'ont affirmé les personnes rencontrées, toutes ces activités ont été menées sous diverses formes à l'hôpital de zone de Boko. Certaines de ces activités sont des activités continues.

La mise en œuvre de la démarche qualité nécessite donc à la fois des investissements et des ressources pour le fonctionnement du processus.

## **Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et formulation du diagnostic**

### **I. Vérification des hypothèses**

#### **A. Niveau de validation de l'hypothèse spécifique 1**

L'analyse des données de la revue documentaire révèle que les tarifs appliqués par l'hôpital sont inférieurs aux coûts des prestations. Cette situation crée

des difficultés à l'hôpital en ce qui concerne la couverture de ses charges et c'est ce qui explique la nécessité de recourir à d'autres sources de financement pour assurer l'équilibre budgétaire. C'est donc les subventions qui permettent à l'hôpital d'être viable alors que l'autofinancement de l'hôpital est d'actualité. De plus, plus de 80% des acteurs rencontrés nous ont affirmé que le bas niveau des tarifs explique l'insuffisance des recettes pour couvrir les charges.

Nous pouvons donc confirmer que les tarifs de l'hôpital sont bas par rapport au niveau de ses charges.

## **B. Niveau de validation de l'hypothèse spécifique 2**

L'analyse des informations collectées sur l'hypothèse selon laquelle le non respect des normes en personnel et en infrastructures est dû au niveau élevé des charges financées sur fonds propres nous a révélé que les charges de l'hôpital sont financées à près de 70% sur fonds propres. Cette situation ajoutée au caractère aléatoire des partenaires contraint l'hôpital à ne pas prendre des engagements qu'il ne pourra pas honorer sans l'aide desdits partenaires. Les salaires et les investissements dans les infrastructures figurent en bonne place parmi les engagements dont l'hôpital ne peut se libérer aisément sans d'importantes ressources.

De plus, les salaires sont considérés comme une dépense de souveraineté et ne sont donc pas financés par les partenaires. Quant aux infrastructures, vu l'importance des ressources nécessaires à leurs réalisations, elles ne sont financées que par certains partenaires en fonction de leurs objectifs et priorités.

Si des postes du fonctionnement, notamment ceux les plus coûteux, étaient fortement appuyés par l'Etat, l'hôpital pouvait dégager des économies pour faire face aux besoins non financés par les partenaires.

Nous pouvons donc conclure bel et bien que c'est le niveau élevé des dépenses sur fonds propres qui empêche l'hôpital de dégager des ressources pour se conformer aux normes en personnel et en infrastructures.

### **C. Niveau de validation de l'hypothèse spécifique 3**

Pour ce qui concerne l'hypothèse spécifique 3 selon laquelle c'est le coût élevé du processus d'assurance qualité qui est à la base de la réticence des responsables de l'hôpital à s'approprier le concept, nous pouvons retenir de nos investigations et analyses que la mise en œuvre de la démarche qualité nécessite, d'une part, des investissements sur les hommes, les infrastructures et les équipements et d'autre part, des ressources pour assurer la réalisation des activités continues.

Les investissements constituent la plus grande proportion des moyens nécessaires et lorsqu'on sait que par définition les investissements nécessitent d'importantes ressources, l'on peut déduire aisément les raisons de la non appropriation des activités du processus par les acteurs de l'hôpital.

Nous pouvons donc tirer, de cette analyse, la conclusion selon laquelle c'est le coût élevé de la mise en œuvre du processus d'assurance qualité qui explique la non appropriation du concept par les acteurs de l'hôpital.

## **II. Formulation du diagnostic**

Ici, nous allons présenter d'une part le contenu du diagnostic et d'autre part les limites de ce diagnostic.

### **A. Contenu du diagnostic**

#### *1. Élément du diagnostic n°1*

Ce diagnostic est intitulé : Le bas niveau des tarifs est à l'origine du déséquilibre entre les recettes et les charges de l'hôpital.

#### *2. Élément du diagnostic n°2*

Il est libellé comme suit : Le non respect des normes en personnel et en infrastructures est dû au niveau élevé des charges financées sur fonds propres.

### 3. *Elément du diagnostic n°3*

Le diagnostic relatif au problème spécifique 3 est formulé comme suit : Le coût élevé du processus d'assurance qualité est à la base de la réticence des responsables de l'hôpital à s'approprier le concept.

#### **B. Limites du diagnostic**

Le diagnostic étant l'aboutissement du travail de recherche, les limites y relatives sont celles qui se rapportent à chacune des étapes des investigations à savoir l'entretien avec les responsables, la revue documentaire, la présentation et l'analyse des données recueillies.

Par exemple, concernant le diagnostic 1 selon lequel c'est le bas niveau des tarifs est à l'origine du déséquilibre entre les recettes et les charges de l'hôpital, nous pouvons dire que le bas niveau des tarifs peut quand même être à l'origine de la forte fréquentation de l'hôpital. Ainsi, agir sur les tarifs pour augmenter les recettes peut porter un coup à la fréquentation de l'hôpital.

## **Section 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre**

### **Paragraphe 1 : Approches de solutions**

#### **I. Approches de solutions au problème spécifique 1**

Sur la base du diagnostic de ce problème, nous suggérons :

- mettre en place une comptabilité analytique pour connaître de façon permanente le coût de revient des prestations.
- utiliser ces coûts comparés aux tarifs comme instrument de plaidoyer auprès du Ministère de la Santé afin d'obtenir une augmentation des subventions.
- revoir le système de tarification.

➤ augmenter les tarifs dans des limites raisonnables de façon à ne pas faire de nouvelles exclusions.

## **II. Approches de solutions au problème spécifique 2**

➤ Mettre en place une stratégie de réduction des coûts de revient des prestations.

➤ Donner des opportunités de requalification dans les écoles agréées aux agents formés à l'interne.

➤ Planifier la construction de nouvelles infrastructures et soumettre le projet au Ministère de la santé et aux autres partenaires.

## **III. Approches de solutions au problème spécifique 3**

➤ Intégrer les activités liées à l'assurance qualité aux activités courantes de l'hôpital et les budgétiser comme telles.

➤ Impliquer réellement tous les acteurs de l'hôpital à la mise en œuvre de la démarche qualité

➤ Mettre en place une cellule qualité qui aura pour rôle de définir les champs de mise en œuvre de la démarche qualité, les domaines d'intervention spécifiques, les objectifs à atteindre, les stratégies, le calendrier de mise en œuvre. Elle se chargera également du système documentaire c'est-à-dire la rédaction du manuel assurance qualité et des documents de protocoles et de fiches techniques. Cette cellule se chargera enfin, du suivi quotidien du processus et de son évaluation.

➤ Capitaliser l'expérience de la mise en œuvre de la démarche qualité en transcrivant les acquis, les procédures, les étapes pour l'équipement de la bibliothèque. Ceci servira de base de données pour la cellule qualité et pour la continuation du processus.

## **Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions**

Pour mettre en œuvre efficacement les solutions ci-dessus proposées, des conditions préalables doivent être remplies. C'est pourquoi, nous formulons ici des recommandations, les unes à l'endroit du Ministère de la Santé et les autres à l'endroit de l'hôpital de zone de Boko.

### **I. Recommandations à l'endroit du Ministère de la Santé**

- Mettre en place un processus tendant à l'institutionnalisation de la démarche qualité.
- Déléguer les crédits en fonction des besoins réels des structures, référence faite aux charges qui sont fonction du niveau d'activités.
- Spécifier dans les crédits une ligne pour appuyer la mise en œuvre de la démarche qualité.

### **II. Recommandations à l'endroit de l'HZ de Boko**

- Réorganiser les services de façon à faciliter la collecte des informations pour la comptabilité analytique. Pour ce faire, il faudra que les services soient indépendants l'un de l'autre c'est-à-dire à chaque service son personnel, ses infrastructures, ses équipements. Même ainsi, la polyvalence pourrait continuer grâce aux mutations périodiques des agents entre les services.
- Sensibiliser périodiquement le personnel à l'utilisation rationnelle des intrants pour une réelle réduction des charges.
- Faire un plaidoyer ensemble avec les autres structures de l'AMCES pour l'ouverture de classes pour la requalification du personnel formé à l'interne.

# CONCLUSION GENERALE

Le développement de toute nation nécessite en premier lieu des ressources humaines. En effet, depuis que l'homme vit sur la terre, le besoin pour lui de se soigner n'a pu être contourné ; de plus, l'Etat est responsable de la santé de ses populations. C'est ce qui justifie l'implantation des structures sanitaires sur toute l'étendue du territoire. L'hôpital de zone de Boko est l'une de ces structures qui, depuis quelques années, ont l'obligation de fonctionner suivant la démarche qualité, ce qui implique pour eux de nouvelles exigences notamment en matière de respect de normes.

D'un autre côté, l'hôpital de zone de Boko doit faire face à des problèmes de financement. En effet, le fonctionnement de cet hôpital est assuré grâce aux ressources provenant de ses prestations et aux subventions des partenaires étrangers et de l'Etat. Vu l'importance de leurs subventions, le caractère aléatoire et passager des partenaires étrangers ne garantit pas la viabilité de l'hôpital.

Dans la problématique du financement durable de cet hôpital qui doit fournir continuellement des prestations de qualité à ses clients, nous avons constaté que l'Etat a un rôle important à jouer. En effet, compte tenu du caractère social des hôpitaux, à défaut d'un financement propre de leurs besoins, un bon niveau de financement interne doit permettre à l'HZ de Boko de fonctionner en toute quiétude. L'Etat doit donc assumer ses responsabilités.

Si le financement par les pouvoirs publics est incontournable, des efforts importants doivent être faits pour que ce financement contribue réellement à l'amélioration de la santé des populations dans le cadre d'une allocation optimale des ressources.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **I. Ouvrages :**

1. AFNOR : « les mots clés du système qualité : le guide de la qualité » Editions Dalian (2001)
2. DURIEUX P. : « Guide des principaux termes : évaluation, qualité, sécurité, médecine-sciences » Edition Flammarion (1997)
3. ROODENBEKE, E. : « Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu » ; Editions Karthala (2003).
4. LOUAPRE Bertrand : « La qualité, s'il vous plaît ! » ; Editions d'organisation (1993)

## **II. Mémoires**

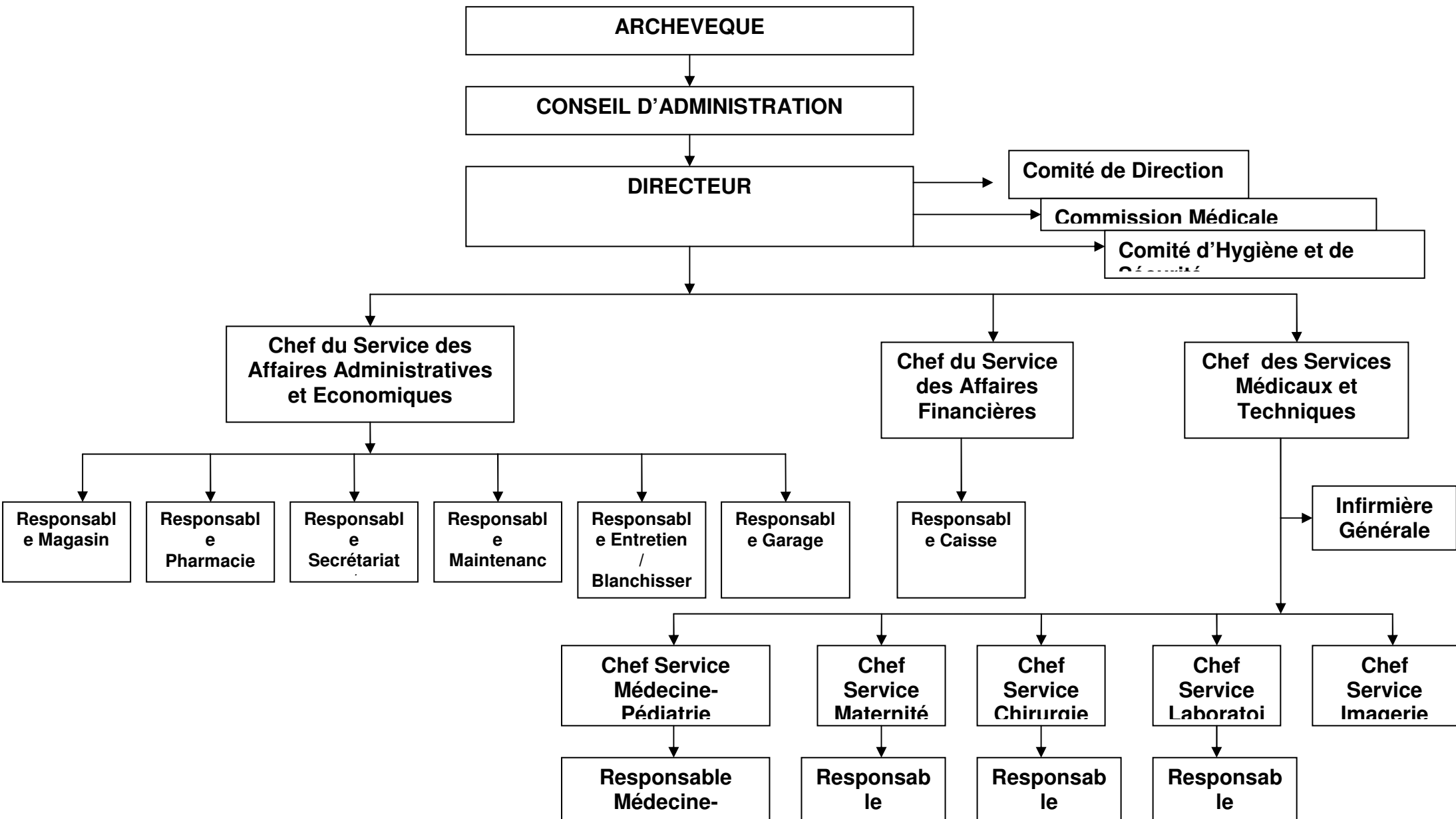
1. KOUYE M. (2006) : La problématique de financement des hôpitaux de zone après projet : cas de l'hôpital de zone de Comé. Mémoire de fin de formation au cycle I ; AHUI ; ENAM
2. GNANVI D. et HODEHOU M. (2004) : Financement et efficience des hôpitaux publics au Bénin : Cas du CHD-Ouémé/Plateau et de l'HOMEL. Mémoire de fin de formation au cycle II ; AHUI ; ENAM

## **III. Documents, textes officiels et documents non édités**

1. Projet d'Assurance de qualité : Pérenniser la qualité des soins de santé : l'institutionnalisation de l'assurance qualité ; septembre 2002
2. Projet Qualité des soins aigus dans le Canton de Berne : Bulletins n°1/novembre 2001 et n°2/juillet 2002
3. Loi n° 98-004 du 27 janvier 1998 portant Code du travail
4. Arrêté n° 2216/MSP/DC/SGM/CADZS du 18 avril 2000 portant création de la zone sanitaire Parakou/N'Dali
5. TCHIBOZO Hugues : Le management stratégique : cas des services de santé et de l'éducation (2006)
6. AMCES : Rapport de l'étude des coûts des prestations, 2004
7. Rapports annuels de l'hôpital de Boko : 2004, 2005, 2006.

# ANNEXES

# ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DE L'HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU DE BOKO





HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU  
ARCHIDIOCESE DE PARAKOU.

**Boko, le 29/ 01/ 01**

## **ANNEXE 2 : TARIFICATION DES SOINS ET SERVICES**

**Consultation** : (y compris laboratoire, médicaments soins).

Heures normales de consultation (13H à 16H, lundi, mardi, jeudi, vendredi) : **1600 Frs adultes**

**1000 Frs enfants moins de 12 ans**

En dehors des heures normales de consultation : **2000 Frs adultes**

**1600 Frs enfants moins de 12 ans**

**Hospitalisation**: (y compris médicaments, soins, laboratoire)

Consultation + :

**Adultes : 10.000Frs première semaine, après 1000Frs / jour**

**<à 12 ans : 6.000 Frs première semaine, après 600 Frs /jour**

Observation de courte durée (max.2 jours) : adulte = 2.500 Frs/ par jour, enfant = 1000 Frs / jour

Grandes plaies/ grands brûlés : +3500 Frs / sem. pour consommables médicaux

Soins ambulatoires : demi - tarif hospitalisation.

**Maternité** : (y compris médicaments, soins, laboratoire)

Consultation+ :

**Accouchement eutocique, séjour 2 jours : 5.000 Frs**

**Accouchement dystocique, séjour 5 jours : 10.000 Frs**

**Chirurgie** : (y compris l'hospitalisation)

Consultation + :

Petite chirurgie : curetage, lipome, coagulation : 7 000 à 15 000 Frs

Hernie : - simple 28 000 Frs

- Etranglée, grosse ou récidive, appendicite 35 000 Frs

Laparotomie, hystérectomie, goitre, kystes ovariens, césarienne 40 000 Frs

**POUR TOUS** : (consultation ou hospitalisation +)

Sutures : 5 000 à 10 000 Frs

Incision, sonde 1.000 Frs

Praziquantel / méfloquine 250 Frs

Plâtre : 10 cm ,15 cm 750 Frs / rouleau

20 cm 1.000 Frs / rouleau

Sérum antivenimeux 18.000 Frs / amp

Sérum antitétanique sauf chirurgie 500 Frs / amp

Spectinomycine flacon de 2 g 2.000 Frs

Test de grossesse, TPHA, Ag HBS, glycémie 1.000 Frs

Test HIV 2.500 Frs.

Perfusion de métronidazole : 1.000 Frs/flacon

**Radiographie :** **2500 Frs / cliché** (secteur public et social)

Certificats médicaux 2000 à 5000 Frs

Des reçus sont délivrés et exigibles contre tout paiement. Les bénéficiaires d'assurance maladie payent le **DOUBLE** de ces tarifs.

**Le Directeur**

**ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN**

1. L'hôpital a-t-il forcément besoin des subventions des partenaires pour son fonctionnement ?
2. Pourquoi ?
3. Selon vous, pourquoi les recettes de l'hôpital ne peuvent-elles pas suffire pour couvrir ses charges de fonctionnement ?
4. La mise en œuvre de l'assurance qualité a-t-elle fait naître de nouvelles activités ?
5. Si oui, donnez quelques exemples de nouvelles activités.
6. Selon vous, ces activités sont-elles coûteuses ?



# ANNEXE 4. TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

Niveaux d'analyse	Problèmes	Objectifs	Diagnostics	Solutions
Général	Non appropriation de toutes les activités d'assurance qualité	Proposer des mesures pour assurer la pérennité de l'AQ.	Le coût élevé du processus d'assurance qualité est à la base de la réticence des responsables de l'hôpital à s'approprier le concept.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intégrer les activités liées à l'assurance qualité aux activités courantes de l'hôpital et les budgétiser comme telles.</li> <li>➤ Impliquer réellement tous les acteurs de l'hôpital à la mise en œuvre de la démarche qualité</li> <li>➤ Mettre en place une cellule qualité</li> <li>➤ Capitaliser l'expérience de la mise en œuvre de la démarche qualité.</li> </ul>
Spécifiques	1 Insuffisance des recettes pour couvrir les charges.	Contribuer à la réduction de l'écart entre les recettes et les charges.	Le bas niveau des tarifs est à l'origine du déséquilibre entre les recettes et les charges de l'hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettre en place une comptabilité analytique pour connaître de façon permanente le coût de revient des prestations.</li> <li>➤ Utiliser ces coûts comparés aux tarifs comme instrument de plaidoyer auprès du Ministère de la Santé.</li> <li>➤ Revoir le système de tarification.</li> <li>➤ Augmenter les tarifs dans des limites raisonnables de façon à ne pas faire de nouvelles exclusions.</li> </ul>
	2 Non respect des normes en personnel et infrastructures.	Proposer des moyens de se conformer aux normes en infrastructures et surtout en personnel.	Le non respect des normes en personnel et en infrastructures est dû au niveau élevé des charges financées sur fonds propres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettre en place une stratégie de réduction des coûts.</li> <li>➤ Donner des opportunités de requalification dans les écoles agréées aux agents formés à l'interne.</li> <li>➤ Planifier la construction de nouvelles infrastructures et soumettre le projet au Ministère de la santé et aux autres partenaires.</li> </ul>



# TABLE DES MATIERES

Liste des sigles et abréviations .....	i
Liste des tableaux et graphiques .....	ii
Glossaire .....	iii
Résumé .....	v
Sommaire .....	vi
Introduction générale.....	1
<b>CHAPITRE PRELIMINAIRE : DE L'OBSERVATION DE STAGE AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>4</b>
Section 3 : Observation de stage.....	5
Paragraphe 1 : Présentation globale de l'hôpital de zone de Boko.....	5
I. Organisation et fonctionnement de l'hôpital.....	5
A. Structures administratives et médico-techniques.....	6
1. Structures administratives.....	6
2. Structures médico-techniques.....	7
B. Organes de gestion et de contrôle.....	11
1. Le Conseil d'Administration.....	11
2. Le comité de direction.....	11
3. Le comité d'hygiène et de sécurité.....	11
4. La commission médicale consultative.....	12
5. Le délégué du personnel.....	12
II. Gestion matérielle et financière de l'hôpital de Boko.....	12
A. Gestion matérielle.....	12
B. Gestion financière.....	13
Paragraphe 2 : Etat des lieux de base de la mise en œuvre du processus d'assurance qualité à l'hôpital de Boko.....	16
I. Contexte et justification de la mise en œuvre du processus d'assurance qualité.....	16
II. Niveau de mise en œuvre du processus.....	17

A. Les innovations.....	17
B. Les résultats obtenus.....	17
<b>Section 4 : Ciblage de la problématique.....</b>	<b>18</b>
Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique.....	18
I. Inventaire des éléments du constat .....	18
A. Inventaire des atouts et des problèmes.....	18
B. Regroupement par centre d'intérêt .....	20
II. Choix et spécification de la problématique.....	21
A. Choix de la problématique.....	21
B. Spécification de la problématique.....	23
Paragraphe 2 : Vison globale de résolution de la problématique spécifiée.....	23
<b>CHAPITRE 1 : DU CADRE THEORIQUE A LA COLLECTE DES</b>	
<b>DONNEES.....</b>	<b>25</b>
<b>Section 3 : Cadre théorique et méthodologique de .....</b>	<b>26</b>
Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature.....	26
I. Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude.....	26
A. Objectifs et hypothèses de l'étude.....	26
1. Objectifs de l'étude.....	26
2. Causes et hypothèses liées à la problématique choisie.....	26
B. Tableau de bord de l'étude.....	29
II. Revue de littérature.....	31
Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie liée au financement durable des prestations de qualité.....	32
I. Approches théoriques retenues.....	32
A. Repère d'amélioration en ce qui concerne le problème spécifique 1 ..	32
B. Repère d'amélioration en ce qui concerne le problème spécifique 2...	32
C. Repère d'amélioration en ce qui concerne le problème spécifique 3...	33
II. Approche empirique .....	33
<b>Section 4 : Collecte des données.....</b>	<b>34</b>

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte.....	34
Préparation de la collecte.....	34
Phase n°1 : Etude de la question de départ.....	34
Phase n°2 : Quelles informations chercher et où les chercher ?.....	34
Phase n°3 : Les types et techniques de recherche.....	35
Réalisation de la collecte.....	35
Paragraphe 2 : Difficultés et limites des données collectées.....	36
<b>CHAPITRE 2 : ANALYSE DES DONNEES ET CONDITIONS DE MISE</b>	
<b>EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....</b>	<b>37</b>
Section 3 : Présentation des données et vérification des hypothèses.....	38
Paragraphe 1 : Présentation et analyse des données collectées.....	38
I. Données relatives au problème spécifique 1 .....	38
II. Données concernant le problème spécifique 2.....	39
III. Données concernant le problème spécifique 3.....	41
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et formulation du diagnostic.....	42
I. Vérification des hypothèses.....	42
A. Niveau de validation de l'hypothèse spécifique 1.....	42
B. Niveau de validation de l'hypothèse spécifique 2.....	43
C. Niveau de validation de l'hypothèse spécifique 3.....	43
II. Formulation du diagnostic .....	44
A. Contenu du diagnostic.....	44
B. Limites du diagnostic.....	45
Section 4 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre.....	45
Paragraphe 1 : Approches de solutions.....	45
I. Approches de solutions au problème spécifique 1.....	45
II. Approches de solutions au problème spécifique 2.....	46
III. Approches de solutions au problème spécifique 3.....	46
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions.....	46
I. Recommandations à l'endroit du Ministère de la Santé.....	47
II. Recommandations à l'endroit de l'HZ de Boko.....	47

Conclusion générale.....	48
Références bibliographiques.....	50
Annexes .....	52