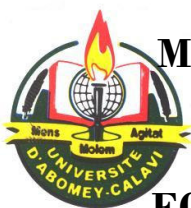


REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE (E.N.A.M)



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

OPTION :

Administration des
finances.

FILIERE :

Administration Hospitalière
Universitaire et Intendance
(AHUI)

ANNEE ACADEMIQUE
2006-2007

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA
GESTION DU SEJOUR DES MALADES AU
CENTRE DE SANTE DE MENONTIN (CSM)**

Réalisé et soutenu par :

Patrick Hervé S. POMALEGNI

Sous la direction de :

Maître de stage :

Dr Sylvestre ABLEY
Directeur du CS Mènontin

Directeur de mémoire :

Elisabeth YEDEDJI épouse GNANVO
Maitre Assistant des Universités du
CAMES
Droit Privé / UAC

JUILLET 2007

IDENTIFICATION DU JURY :

Président : Martin GBEBOUTIN

Vice président : Raymond BEAKOU

Membre : Mathias FINONDE

**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 PROPRE A LEUR
AUTEUR**

DEDICACES :

Je dédie ce travail à :

♠ Dieu, l'Éternel qui m'a assisté et permis de suivre cette formation.

Gloire soit rendue à toi !

♠ Mes très chers géniteurs Pascal et Geneviève.

REMERCIEMENTS :

Nos remerciements vont à l'endroit de :

- Notre maître de mémoire, Madame GNANVO Elisabeth née YEDEDJI, qui a conduit ce travail, malgré ses immenses occupations, avec rigueur scientifique et simplicité.
- Notre maître de stage, Dr ABLEY Sylvestre, pour son accueil et sa pleine disponibilité à notre écoute.
- A tout le personnel du Centre de Santé de Mènontin pour leur franche collaboration.
- A tous mes parents et amis pour le soutien sans mesure apporté durant notre formation.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

AMSN	Association Médico-sociale de Mènon tin
CA	Conseil d'Administration
C/SAE	Chef des Affaires Financières
C/SAF	Chef des Affaires Economiques
CODIR	Comité de direction
CSM	Centre de Santé de Mènon tin
DPAV	Dépôt Paiement après Vente
NIP	Numéro d'Identification Permanent
PC	Prise en Charge
PMI	Protection maternelle et infantile
PV	Procès Verbal
SAE	Service des Affaires Economiques
SFC	Service Financier et Comptable.
SFD	Sortie et Facturation des Droits

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau n°1 : Statistique du personnel du CSM par catégorie professionnelle

Tableau n°2 : Répartition des lits par service

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

Tableau n°4 : Synthèse des approches théoriques par problème spécifique

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

Tableau n°6 : Répartition des patients enquêtés par pavillon technique

Tableau n°7 : Appréciation de l'entretien des locaux par les patients

Tableau n°8 : Appréciation du confort des locaux par les patients

Tableau n°9 : Appréciation de la sécurité des patients

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Sources des repas consommés par les patients.

Figure n°2 : Impression des patients sur la mise en place du système de restauration.

Figure n°3 : Connaissance des malades de leurs droits.

GLOSSAIRE :

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

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

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

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

RESUME :

Notre étude a porté sur le problème général de la gestion non performante du séjour des malades au CSM. Ainsi, le titre de notre sujet est : « *Contribution à l'amélioration de la gestion du séjour des malades au Centre de Santé de Mènontin (CSM).* » Nous nous étions fixés les objectifs suivants :

- Proposer des mesures d'amélioration des conditions d'hébergement des malades au CSM.
- Suggérer des actions pour une prise en compte de l'alimentation des patients.
- Proposer des actions pour une prise de conscience efficace des malades de leurs droits.

Afin d'identifier les réelles causes qui sont à la base des problèmes spécifiques étudiés, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- l'insuffisance de disponibilité financière et de suivi des hospitalisations se trouve être à la base des conditions peu adéquates d'hébergement.
- l'absence du système de restauration des malades est due au déficit financier pour sa mise en œuvre.
- l'ignorance des malades de leurs droits s'explique par l'insuffisance du système d'information des usagers.

Pour mener à bien cette étude, nous avons procédé à des enquêtes par sondage à l'endroit des patients et à des entretiens avec le personnel. Les résultats de cette enquête ont montré que la plupart des patients vivaient dans des conditions d'hébergement peu adéquates et qu'il n'existe pas dans le centre un système de restauration des malades. Aussi, avons-nous noté au cours de nos investigations que les patients (de même que leurs accompagnants) n'ont pas conscience de leurs droits.

Ces diagnostics posés nous amènent à formuler les approches de solution telles que :

- l'amélioration des conditions d'hébergement des patients.
- la mise en place d'un système de restauration au profit des malades.
- le renforcement du système d'information et de sensibilisation des patients sur leurs droits et obligations.

L'amélioration de la gestion des malades constitue un domaine assez vaste et d'importants problèmes restent à résoudre à travers des études ultérieures.

SOMMAIRE :

Introduction générale

Chapitre préliminaire : Des observations de stage au ciblage de la problématique.

Section 1: Cadre de l'étude et observation de stage

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude

Paragraphe 2 : Etat des lieux de base

Section 2 : Choix et vision globale de résolution de la problématique

Paragraphe 1 : Choix de la problématique et formulation du sujet.

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

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

Section 1: Des objectifs de l'étude à la méthodologie adoptée.

Paragraphe 1 : Objectifs, Hypothèses et Tableau de bord

Paragraphe 2 : Revue de littérature

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

Paragraphe 1 : Approches empiriques

Paragraphe 2 : Approches théoriques

Chapitre deuxième : De la vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions.

Section 1: De la collection des données et établissement du diagnostic

Paragraphe 1 : Collecte et présentation des données.

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.

Section 2 : Approches de solutions et Suggestions

Paragraphe 1 : Approches de solutions

Paragraphe 2 : Suggestions

Conclusion générale

Bibliographie

Annexes

Table des matières

INTRODUCTION

Le sommet mondial sur le Développement social tenu à Copenhague en 1995 a servi de cadre de référence pour la mise en œuvre de stratégies visant l'accès universel aux services sociaux de base en vue de garantir aux populations à court, moyen et long termes, la jouissance du bien-être. Dans cette perspective, le Bénin a adopté un ensemble de stratégies favorisant l'accès aux soins de santé primaires. Malgré la mise en œuvre de ces différentes stratégies, les indicateurs sociaux révèlent que la majeure partie de la population a un faible accès aux services sociaux essentiels. Cette situation a amené le gouvernement du Bénin à affiché l'ambition d'intégrer le développement socio-sanitaire à la lutte contre la pauvreté à travers l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des prestations de soins et de services de santé.

Pour y parvenir, la place de l'hôpital comme fonction de production doit être revalorisée. La production exige donc un ensemble de processus, de mécanismes visant à améliorer la qualité de prise en charge des patients. Pour assurer le développement de cette approche, chaque formation sanitaire doit définir une politique et organiser sa mise en œuvre. L'impulsion et le suivi de la dite démarche constituent des éléments essentiels de l'amélioration de la qualité. En définissant donc explicitement ces orientations, l'hôpital dispose de plusieurs pistes pour rassembler les professionnels autour d'une vision partagée de ses missions. Dans cette perspective, l'amélioration du séjour du malade à l'hôpital mérite une attention particulière et reste tributaire de l'offre de soins de qualité, de meilleures conditions d'hébergement et d'un système de restauration performant.

Ainsi, nous nous proposons de mener une étude sur les conditions susceptibles de permettre la réussite du séjour des malades au Centre de Santé de Mènontin. Partant, nous intitule le thème de notre étude « **Contribution à l'amélioration du séjour des malades au Centre de Santé de Mènontin** ». Notre recherche se présentera en trois (3) chapitres.

Le préliminaire nous permettra de jeter les bases de notre travail à travers la restitution des mécanismes de fonctionnement de la structure d'accueil de notre stage. Ceci nous permettra de faire l'inventaire des forces et surtout des insuffisances liées à la gestion du séjour des malades pour aboutir au choix de la démarche méthodologique liée à la problématique choisie.

Ensuite, dans le premier chapitre, nous aborderons les objectifs et les hypothèses liés à notre étude avant de procéder à la revue de littérature et au choix de la méthodologie.

Enfin, le deuxième chapitre sera consacré aux enquêtes de vérification des hypothèses afin de formuler le diagnostic et de proposer des solutions adéquates appuyées par des recommandations pour l'amélioration du séjour des malades au Centre de Santé de Mènontin.

CHAPITRE PRELIMINAIRE :
DES OBSERVATIONS DE STAGE AU CIBLAGE
DE LA PROBLEMATIQUE

SECTION 1 : CADRE DE L'ETUDE ET OBSERVATION DU STAGE

Après avoir présenté le cadre de l'étude, nous aborderons la restitution des mécanismes de fonctionnement des activités principales des services suivant le circuit des malades au Centre de Santé de Mènontin.

Paragraphe I : CADRE DE L'ETUDE

Il s'agira, d'une part de présenter le centre de santé de Mènontin à travers son historique et ses missions et d'autre part, d'évoquer la structure organisationnelle et les différentes ressources du centre.

I – HISTORIQUE ET MISSIONS

A- Historique :

Le centre de santé de Mènontin a été construit et inauguré *le 23 juillet 1996* dans le cadre du Projet Urbain du Bénin.

L'histoire de sa création tient ses origines dans la construction du centre médical St Luc en 1990 par l'Archevêque de Cotonou, Monseigneur Isidore de SOUZA, curé de la paroisse de St Rita qui a incité les autorités de la Banque Mondiale qui étaient fort intéressées par l'expérience de St Luc, à financer le projet urbain du Bénin..

Ainsi, le volet hygiène et santé a été intégré dans le Projet Urbain du Bénin financé par la Banque mondiale qui comprend sept (07) composantes dont la composante B (2) concerne le Centre de Santé de Mènontin.

Elle est intitulée " Amélioration concertée et intégrée de l'environnement sanitaire dans le quartier Mènontin" Elle comporte deux (02) volets dont le deuxième volet intitulé "l'Amélioration Socio Sanitaire et la réalisation des infrastructures ", fonde la construction du Centre de Santé de Mènontin.

Pour la gestion dudit centre de Santé: l'Association Médico-sociale de Mènontin (AMSN) a été créée par l'arrêté N° 91/0140/MT/DAI/SI- Association du 09 Septembre 1991.

Le centre de santé de Mènontin est implanté à Cotonou précisément dans le 9^{ème} arrondissement de la ville. Il est situé au Lot 2130A à Mènontin, quartier périphérique de Cotonou.

B- Missions

La mission principale assignée au centre de Santé de Mènontin est de permettre aux populations défavorisées du quartier de Mènontin et des quartiers avoisinants d'accéder à des soins de qualité à moindre coût.

Ces objectifs sont aussi de :

- Promouvoir le bien être socio sanitaire des habitants de Mènontin et des quartiers voisins.
- Améliorer les conditions d'hygiène, de santé, de vie des populations concernées par l'information, l'éducation, la communication pour la santé.
- Réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et des femmes enceintes et permettre à ces dernières un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires.

II-STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET DIFFERENTES RESSOURCES DU CSM

A l'instar des autres centres de santé, le Centre de Santé de Mènontin dispose d'une structure organisationnelle et de nombreuses ressources.

A- Structure Organisationnelle

A travers cette structure organisationnelle, nous indiquerons non seulement des organes de décision et de gestion mais aussi des différents services du centre.

1- Organes de décision et de gestion

Les organes de décision et de gestion sont constitués du Conseil d'Administration, du Comité de Direction et de la Direction elle-même.

a) Le Conseil d'Administration et le Comité de Direction

- **Le Conseil d'Administration**

Organe délibérant, le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom du CSM. Il veille au fonctionnement et à la bonne gestion du centre. A ce titre, il se réunit en session ordinaire deux (2) fois par an pour étudier et approuver soit le budget de l'exercice à venir, soit les états financiers et le rapport des activités de l'exercice précédent.

- **le Comité de Direction (CODIR)**

C'est un organe consultatif. Il est consulté pour l'élaboration du budget et la politique générale du centre. Il se prononce aussi sur toutes les activités relatives à l'organisation générale du travail, aux statuts du personnel, à l'hygiène et à la sécurité etc.

Ce comité est composé du Directeur, du Comptable et des différents Chefs de Services Techniques.

b) La Direction

La Direction prend en collaboration avec le comité, des décisions stratégiques sur la gestion et le fonctionnement du centre. Elle a à sa tête un Directeur qui est assisté dans l'exécution de ses tâches par les différents chefs services. Elle est confiée à un médecin assisté dans ses tâches par des Chefs de Service nommés par lui après avis du Président de l'Association.

2- Services du centre de Santé de Mènontin

Nous distinguons à ce niveau les services administratifs et les Services Médicaux et techniques.

a) Les services administratifs

Ils regroupent le service des affaires économiques (SAE) et le service financier et comptable (SFC)

- **Le service des affaires économiques**

Le service des affaires économiques est composé des divisions suivantes :

- La division statistique
- Le secrétariat, la facturation
- La maintenance
- La gestion des ressources humaines

- **Le service financier et comptable**

Ce service assure la vie financière du CSM à travers le paiement des dépenses, Les opérations bancaires, l'encaissement des recettes et le recouvrement des créances. Les divisions rattachées à ce service sont :

- La comptabilité
- Le secrétariat
- La caisse

b) Les services Médicaux et Techniques

Ce sont les services et unités qui assurent les soins et les différents actes permettant d'assurer le bien être sanitaire. Nous distinguons :

- La médecine
- La pédiatrie
- La réanimation
- Les unités d'exploitation (Laboratoire d'analyses biomédicales, d'Hématologie, de Bactériologie et de Biochimie)
- La pharmacie
- La radiologie
- La chirurgie
- Des unités spécialisées en ORL, ophtalmologie, dermatologie, psychiatrie, gynécologie.
- Un service social, Protection Maternelle et Infantile (PMI)

B- Ressources du CSM de Cotonou

Le Centre de Santé de Mènontin dispose de nombreuses ressources pour son fonctionnement. Il s'agit de :

1- Ressources humaines

Elles sont constituées des personnels administratifs et de soutien, des corps de professions médicales et paramédicales.

Tableau n°1 : Statistique du personnel du CSM par catégorie professionnelle en 2007

<i>N°</i>	<i>Corps</i>	<i>Effectifs</i>
1	Médecins	22
2	Chirurgiens-dentistes	02
3	Prothésiste	01
4	Techniciens de labo	08
5	Techniciens de Radio	04
6	Anesthésistes	03
7	Infirmiers Diplômé d'Etat	25
8	Sages femmes	16
9	Infirmiers de santé	44
10	Corps administratifs et de soutien	27
<u>TOTAL</u> :		157

Source : Gestion des ressources humaines du CSM, 2007

2- Ressources matérielles

Actuellement le CSM comprend 5 bâtiments répartis comme suit :

- Un bâtiment principal B regroupant les services de chirurgie, d'hospitalisation, de laboratoire et de pharmacie.
- Un bâtiment en forme de paillote pour l'animation sociocommunautaire et le service de protection maternelle et infantile.
- Un bâtiment plus récent, abritant les bureaux administratifs et une salle de conférence et la création d'un garage pour les véhicules.

Le CSM dispose aujourd'hui de cent dix neuf (119) lits. Selon la répartition ci-dessous.

Tableau n° 2 : Répartition des lits par service

Services	Nombre de lits
Médecine	38
Pédiatrie	26
Maternité / Gynécologie	25
Chirurgie	15
Réanimation	15
Cardiologie	0
ORL	0
Ophtalmologie	0

Source : Réalisé par l'étudiant

3- Ressources financières

Les ressources sont l'ensemble des moyens financiers utilisés par le CSM pour effectuer ses différentes dépenses aussi bien de fonctionnement que d'investissement. Elles sont constituées par les fonds propres et quelques apports externes.

Les fonds propres sont générés par les recettes du CSM. Ces recettes sont constituées des frais de consultation, d'hospitalisation, des actes médicaux, des produits de cession de médicaments essentiels. Les apports externes sont constitués de l'ensemble des aides et des dons.

Paragraphe II : ETAT DES LIEUX DE BASE

Notre restitution se fera suivant les différentes activités qui fondent le "circuit du malade".

I- ACTIVITES LIEES AU CIRCUIT DU MALADE

L'administration du Centre de Santé de Mènotin dans son organisation n'a pas prévu une structure chargée de la gestion des malades. Cet état de chose crée une barrière nette entre d'une part les services médicaux et médico-techniques et d'autre part les services administratifs en ce qui concerne l'activité primordiale du Centre de Santé qu'est la gestion des malades et des urgences. Nous avons noté **une absence de service gestion des malades**.

Les activités liées au circuit du malade débutent dès l'entrée de ce dernier dans le centre à travers son accueil et son orientation.

A- Accueil et orientation des malades

Les usagers, dès leur entrée au Centre, sont accueillis au bureau des entrées par des agents de cette section pour les formalités administratives que sont entre autres, la délivrance des carnets et le remplissage des fiches d'observation.

Lorsque le patient, introduit au Centre, est incapable de marcher, un agent d'entretien le conduit à l'aide d'un fauteuil roulant vers son service d'accueil. Pour ce qui est des cas d'urgence, des soins intensifs précèdent les formalités administratives. Nonobstant ce dispositif, bon nombre d'usagers peinent à retrouver les services à eux indiqués. Nous avons noté **une insuffisance de dispositif d'orientation des usagers**.

Le Centre de santé de Mènontin, dans le souci de mieux satisfaire sa clientèle, a procédé à une catégorisation des agents du bureau d'entrée. En effet une (01) personne reçoit les malades en quête d'actes médicaux tels que les examens de chirurgie, de radiologie, de maternité, d'échographie, de laboratoire, les actes dentaires, les actes de petites chirurgie, de bloc opératoire. Deux (02) autres sont chargées de recevoir les malades venus, en consultation. Nous avons remarqué **une catégorisation opérationnelle au sein du personnel du bureau des entrées**.

Le bureau des entrées sert à la fois de bureau d'accueil et d'encaissement des recettes. Malgré l'informatisation du bureau, on note de longues files d'attente pendant les périodes d'affluence.

Dans l'exercice de leur fonction, les agents du bureau des entrées constitués uniquement d'aide soignants, sans une compétence requise en matière d'outils informatiques, connaissent quelques difficultés au nombre desquelles nous pouvons citer des pannes dues à ***une non maîtrise du logiciel PERFECTO par les agents de recouvrement***.

Le bureau des entrées sert également de service des admissions

B- Admission et séjour des malades

L'admission et la gestion du séjour des malades sont du ressort des agents de recouvrement en collaboration avec les Chefs services techniques. Ces agents ont essentiellement pour tâche de collecter les fiches dénommées "fiches d'observation" comportant des renseignements sur l'identité et sur l'état de santé des patients. Cette opération d'identification qui est d'une importance capitale en matière de recouvrement et de suivi des malades, comporte quelques lacunes. Il s'agit des fausses identités et adresses souvent enregistrées. Il s'en suit **un remplissage peu fiable des fiches d'observation**.

Les renseignements ainsi collectés sont insérés dans un logiciel informatique dénommé ‘‘ LOGISHOSP’’ au niveau du service de la statistique. Il est à noter que ce logiciel ne prend pas en compte les diagnostics secondaires dans les relevés épidémiologiques. Il ressort de cet fait **une inadéquation du logiciel ‘‘LOGISHOSP’’ aux réalités du centre.**

Le service de la statistique est complètement déconnecté de l’administration, c’est une statistique purement médicale. Ces statistiques internes ne sont pratiquement pas utilisées efficacement dans la prise des décisions. Nous avons noté **un défaut d’utilisation des données statistiques internes pour une meilleure gestion du centre.**

Le cadre du service de la statistique est extrêmement étroit. C’est juste un espace aménagé pour servir de cadre de travail à une activité capitale en matière de gestion des malades, il est inondé en saison pluvieuse. Nous avons noté **un cadre de travail peu adéquat du service de la statistique.**

Au cours de l’opération d’informatisation des données, un numéro d’identification permanent (NIP) est attribué à chaque patient. Ce numéro facilite donc une conservation des données relatives à chaque malade. Cela permet **une bonne gestion des fichiers des malades.**

Suivant la décision d’hospitalisation du malade, ce dernier est inscrit dans le registre d’hospitalisation au niveau du pavillon d’accueil. Il est ensuite installé dans une chambre et sur un lit en fonction de sa capacité financière et des disponibilités en lits. Ainsi selon les possibilités financières du patient, il est installé dans les chambres catégorielles, ou dans les chambres communes. Les chambres catégorielles sont au nombre de six (06), (03 ventilées et climatisées et 03 ventilées simplement) dont une à un lit et les autres à deux (02) lits.

Un tour effectué dans les services d’hospitalisation nous a permis de constater que l’hébergement des malades connaît quelques difficultés dans les pavillons; c’est le cas par exemple de la maternité où nous avons noté une promiscuité des parturientes augmentant le risque infections nosocomiales.

Au niveau des autres services, il y a une absence de paravents, de rideaux pour préserver l’intimité des patients. On note également des visites intempestives. Cet état de chose a favorisé des cas de vols enregistrés où les personnes mal intentionnées s’érigent en garde malades pour pouvoir escroquer les patients dans un état critique ; ce phénomène porte atteinte à la sécurité des malades.

A tout cela s’ajoute le problème d’éclairage et d’aération des salles. Cette situation montre des **conditions peu adéquates d’hébergement des malades.**

Les malades s’approvisionnent en nourriture à l’extérieur du centre. Le système de restauration du centre est confié à un particulier. Ce système prend en charge, uniquement le

personnel du centre. Les repas au même titre que certains soins médicaux quotidiens, rythment la journée hospitalière. La nutrition clinique et l'alimentation sont à l'évidence des éléments importants de l'action thérapeutique et mériteraient de figurer plus qu'elles ne le sont à l'heure actuelle parmi les priorités de l'hôpital dont la fonction essentielle doit rester celle des soins au sens large. Nous avons noté donc **une absence du système de prise en charge de la restauration des malades.**

Au regard de tout ce qui précède, nous constatons que le système de prise en charge des patients ne prend pas correctement en compte le statut du patient hospitalisé. Il est soumis au bon vouloir d'un personnel débordé. L'absence de procès en responsabilité médicale au Bénin a favorisé cet état de choses. Nous avons noté une **ignorance des malades de leurs droits**

C- Sortie et facturation des droits

La sortie du patient s'effectue suivant deux modes principaux :

- La sortie licite, décidée par le médecin, est obtenue sur avis médical après guérison du malade, ou suite à une évacuation pour une raison d'ordre médical ou de décès.
- La sortie illicite, inclut les cas d'évasion et celle faite contre avis médical.

A la sortie, après les formalités administratives les dossiers des malades sont classés par ordre chronologique dans les boîtes se trouvant au bureau des entrées. Les bureaux de l'administration en général et le bureau des entrées en particulier, sont encombrés par les documents. Nous avons noté **une inexistence de salle d'archives.**

Les frais d'hospitalisation sont comptabilisés en même temps que le prix d'achat des médicaments au niveau de chaque patient à la pharmacie. Nous avons noté donc **l'existence d'un système de recouvrement des frais d'hospitalisation à la pharmacie.**

De même, tous les jours la caissière et les agents de la pharmacie font un inventaire physique des médicaments et des consommables médicaux. Ils procèdent ensuite à une détermination et à une régularisation des écarts. Il ressort de tout cela, **une pratique d'inventaire permanent à la pharmacie.**

Le personnel permanent du CSM bénéficie d'une réduction de 50% sur les médicaments génériques pour leur traitement. Il se révèle l'existence d'**une politique de motivation du personnel du centre au niveau de la pharmacie.**

La facturation des droits des malades diffère selon qu'ils sont pris en charge par un organisme ou non. Le particulier paie la totalité des frais alors que le malade pris en charge par son organisme paie un pourcentage forfaitaire. Le processus de facturation au CSM

début par le classement des prises en charge et les autorisations de soins par nom, date et société.

Vient ensuite l'établissement proprement dit des factures par la secrétaire sur la base des différentes prises en charge (PC) dès la réception de ces dernières et des feuilles d'autorisation des besoins. La nature des prestations et le pourcentage à régler sont portés sur la prise en charge. Il suffit de faire le calcul des montants des tickets modérateurs pour déterminer la somme totale à porter sur la prise en charge. Par ailleurs, les services techniques ne signalent pas tous les actes posés sur les malades (surtout sur prise en charge). Nous avons noté **l'existence d'un risque permanent de facturation partielle des prestations.**

Au niveau de la facturation, le système de tarification de la prestation de soins de santé ne semble pas réglementaire puisqu'il n'est assis sur aucune base objective pour la détermination des coûts de revient. Il ressort de ce fait, **une non détermination des coûts de revient de chaque prestation des soins.**

D- L'approvisionnement des produits

Pour assurer la continuité des prestations, le service d'approvisionnement met à la disposition du centre des médicaments, consommables, fournitures de bureau, imprimés administratifs, mobilier et matériel de bureau, matériel d'équipement.

1- Achat des produits

Les procédures d'engagement d'une dépense sont fonction du montant de la dépense. En effet pour les achats n'excédant par 25.000 F CFA, il est prévu une caisse de menues dépenses. Lorsque le montant excède 25.000 F.CFA il est procédé à un engagement préalable avant tout paiement ou règlement. La responsable du traitement correct des documents financiers est aussi responsable de la gestion des menues dépenses et fait le point hebdomadaire au comptable. Elle dispose d'une somme de 500.000 F CFA.

L'évaluation des besoins est l'étape primordiale de ravitaillement des médicaments et consommables médicaux. Pour les commandes de réapprovisionnement courant, la responsable de l'approvisionnement prend connaissance de la liste des besoins exprimés par le magasinier sur la base des fiches de stocks et celle des services concernant les autres réparations.

La méthode d'estimation des besoins est basée sur la consommation antérieure. La responsable se charge de contacter les divers fournisseurs qui lui envoient les factures pro forma. La sélection des fournisseurs se fait selon le critère coût- efficacité. Le choix de l'adjudicataire du marché se fait par le Directeur et la responsable de l'approvisionnement et

au besoin un chef service technique. La responsable établit les bons de commande. Après livraison des produits commandés, le fournisseur dépose la facture au chef magasin qui la certifie. La réception est faite sur la base d'un bordereau de livraison du fournisseur par une commission de réception. Cette commission établit un procès verbal (PV) de réception après vérification de la quantité, de la qualité et de la conformité des commandes. Par ailleurs, le Centre de Santé de Mènontin reçoit des produits de certains fournisseurs suivant une politique de dépôt, paiement après vente (DPAV).

2- Stockage

A l'intérieur du magasin les produits sont rangés par article, bien ordonnés pour rendre facile leur accessibilité. Nous avons noté, **une bonne disposition des stocks.**

Le magasin reçoit aussi des dons qui font l'objet d'un traitement à part car leur fiche de stock est distincte de celles des autres articles. Les différents services expriment leurs besoins par le biais d'un bordereau de sortie et le magasinier, tient compte des produits disponibles pour les servir. Cette sortie des produits du magasin s'effectue sous forme de dotations faites à l'endroit de ces services à chaque fin du mois.

E- Comptabilisation des pièces

Les imputations constituent la plus grande partie des travaux effectués. Elles se font mensuellement sur la base des factures envoyées par la division de la facturation ainsi que d'autres documents financiers. Il s'y ajoute d'autres activités notamment, le calcul des honoraires des collaborateurs extérieurs suivant leur contrat, la tenue des brouillards des banques et les relevés bancaires, le contrôle hebdomadaire de la caisse des menues dépenses en vue de son approvisionnement, la régularité de la caisse.

Le CSM dispose de son propre plan comptable à l'aide duquel les imputations sont réalisées. La phase d'imputation précède la saisie des opérations en vue d'assurer l'édition des journaux. Les pièces sont rangées dans des chronos et disposées dans une armoire.

Le chef du service des affaires financières (C/SAF) du CSM joue aussi le rôle du chef service des affaires Economiques (C/SAE). **Il y a un cumul de fonction au niveau de la comptabilité.**

II- INVENTAIRE DES ELEMENTS DE L'ETAT DES LIEUX DE BASE.

A- Inventaire des atouts

1- Catégorisation opérationnelle au sein du personnel du bureau des entrées ;

- 2- Bonne gestion des fichiers des malades ;
- 3- Existence d'un système de recouvrement des frais d'hospitalisation à la pharmacie ;
- 4- Pratique d'inventaire quotidien à la pharmacie ;
- 5-Existence d'une politique de motivation du personnel du centre au niveau de la pharmacie ;
- 6- Bonne disposition des stocks.

B- Inventaire des faiblesses

- 1- Absence de service de gestion des malades ;
- 2- Insuffisance de dispositif d'orientation des usagers ;
- 3- Remplissage peu fiable des fiches d'observation ;
- 4- Inadéquation du logiciel "LOGISHOSP" aux réalités du centre ;
- 5- Cadre de travail peu adéquat du service de la statistique ;
- 6- Conditions peu adéquates d'hébergement des malades ;
- 7- Absence du système de prise en charge de la restauration des malades ;
- 8- Inexistence de salle d'archives ;
- 9- Existence d'un risque de facturation partielle des prestations ;
- 10- Non détermination des coûts de revient de chaque prestation de soins ;
- 11- Cumul des fonctions au niveau de la comptabilité ;
- 12- Défaut d'utilisation des statistiques pour une meilleure gestion du centre ;
- 13- Ignorance des malades de leur droit ;
- 14- Non maîtrise du logiciel PERFECTO par les agents de recouvrement.

C- Liste des problématiques possibles

Tous les problèmes spécifiques évoqués ci-dessus sont regroupés en quatre problématiques présentées dans le tableau suivant.

TABLEAU n°3: Liste des problématiques possibles

N°	Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématique
1	Gestion du séjour des malades	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de services gestion des malades - Conditions peu adéquates d'hébergement des malades - Absence du système de prise en charge de la restauration des malades - Ignorance des malades de leurs droits 	Gestion performante du Séjour des malades	non du Problématique de la gestion performante du séjour des malades
2	Statistique	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation du logiciel « LOGISHOSP » aux réalités du centre - Cadre de travail peu adéquat de la statistique - Non utilisation des statistiques pour une meilleure gestion du centre 	Gestion non efficace de la statistique	Problématique gestion efficace de la statistique
3	Organisation administrative	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence de salle d'archives -Insuffisance du dispositif d'orientation des usagers - Cumul de fonctions au niveau de la comptabilité 	Insuffisance dans l'organisation administrative	La gestion optimale de l'organisation administrative
4	Recouvrement des créances	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvais remplissage des fiches d'observation -Existence d'un risque de facturation partielle des prestations - Non détermination des coûts de revient de chaque prestations de soins - Non maîtrise du logiciel perfecto par les agents de recouvrement 	Caractère efficace de recouvrement des créances	non du des Problématique de l'efficacité du système de recouvrement des créances

SECTION 2 : CHOIX ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Paragraphe I : CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE ET FORMULATION DU SUJET

Au regard des problèmes identifiés lors de l'état des lieux de base, les différentes problématiques qui y sont dégagées sont d'une importance capitale pour mériter une étude diagnostique. La problématique de l'efficacité du système de recouvrement des créances a fait l'objet d'une étude réalisée par (ASSOGBA 2006) dans le cadre de son mémoire de fin de formation au cycle I de l'ENAM. Les résultats issus de ces travaux sont en cours de mise en œuvre.

La problématique afférente à la gestion efficace de la statistique ne relève pas de notre domaine de compétence. Ainsi nous ne disposons pas des outils nécessaires pour apporter des essais de solutions efficaces.

Pour rendre l'hospitalisation le plus agréable possible au malade, durant son séjour, celui-ci doit être placé dans les meilleures conditions compatibles à son état de santé et les thérapeutiques qu'elle exige. Dans cette optique, la problématique afférente à la gestion performante du séjour des malades nous paraît capitale parce qu'elle permet à la gestion hospitalière de gagner en efficacité dans l'exercice de son activité primordiale qu'est la prise en charge des patients.

En effet le CSM se doit de mettre en place les conditions favorables à une meilleure connaissance de la vie des usagers du centre et de mettre à la disposition de ces derniers le dispositif structurel favorisant leur prompt rétablissement.

A travers toutes les problématiques que nous avons dégagées nous allons orienter notre recherche sur celle relative à la gestion performante du séjour des malades. C'est donc pour aider à résoudre ce problème d'ordre général que nous avons choisi de conduire notre réflexion sur le thème : **l'amélioration de la gestion du séjour des malades au centre de santé de Mènontin.**

ParagrapheII : SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Il importe pour nous à cette étape de notre travail, de préciser la vision globale pouvant nous permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques retenus et par conséquent le problème général identifié. Le problème général qui fera objet de cette étude est : « gestion non performante du séjour des malades au CSM ».

Quant au problème spécifique n°1 relatif aux conditions d'hébergement peu adéquates des malades, nous pouvons dire que le rétablissement de la santé des usagers est tributaire des conditions d'hébergement.

En effet, le bon hébergement du patient passe par un bon entretien des locaux d'hospitalisation, la dotation de ces locaux en équipements satisfaisants, le nettoyage quotidien, le dynamisme dans le traitement etc.

Dans cette perspective, l'analyse et la résolution de ce problème seront faites à partir d'une approche théorique basée sur l'amélioration des conditions d'hébergement des patients.

En ce qui concerne le problème spécifique n°2 relatif à l'absence du système de prise en charge de la restauration des malades, il faut remarquer que l'alimentation participe activement au rétablissement du malade. Il conviendra d'intégrer des éléments de la qualité et de l'équilibre des mets afin d'atteindre les finalités que le centre s'est attribuée.

Ainsi, pour analyser et résoudre ce problème, nous nous référerons à une approche théorique basée sur la mise en place d'un système de restauration des malades.

Quant au problème spécifique n°3 qui est en rapport avec l'ignorance des patients de leurs droits, nous pouvons signaler que jusqu'à maintenant la prise en charge médicale du patient est avant tout une relation unilatérale, le médecin décide pour le patient. L'une des principales solutions envisagées sera de laisser la décision au patient, qui se prendra lui-même en charge. Le droit est une prérogative positive qui s'exerce contre autrui. (TOUVENIN 2000)

Le patient a droit à l'information, donc le professionnel de la santé doit fournir les informations afin que le malade prenne la décision en toute connaissance de cause.

Dans ce cadre, l'analyse et la résolution dudit problème feront référence à une approche basée sur le renforcement de la sensibilisation des malades sur leurs droits mais également sur leurs devoirs.

Le tableau suivant résume les différentes approches retenues.

TABLEAU n°4: Synthèse des approches théoriques par problème

Niveaux	Problèmes spécifiques	Caractéristique des théories retenues (approches génériques)
1	Conditions d'hébergements peu adéquates des malades	Approche théorique basée sur amélioration des conditions d'hébergement des malades
2	Absence d'un système de prise en charge de l'hôtellerie des malades	Approche théorique basée sur la mise en place d'un système de restauration des malades
3	Ignorance des malades de leurs droits	Approche théorique basée sur le renforcement de la sensibilisation des malades sur leurs droits et devoirs

La vision globale de résolution que nous venons de concevoir peut être restituée à travers une démarche composée de neuf (09) étapes :

- Fixation des objectifs
- Identification des causes supposées être à la base des problèmes spécifiques
- Formation des hypothèses
- Réalisation du tableau de bord de l'étude
- Revue de la Littérature
- Exposition de la méthodologie de travail
- Analyse des données (vérification des hypothèses)
- Etablissement du diagnostic
- Proposition des approches de solution et des conditions de leur mise en œuvre.

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

A travers ce chapitre, nous allons élaborer le tableau de bord de l'étude à partir de la fixation des objectifs suivie de la formulation des hypothèses. Ensuite, nous ferons une revue de littérature avant de mettre en place la méthodologie de notre étude.

SECTION 1 : DES OBJECTIFS DE L'ETUDE A LA METHODOLOGIE ADOPTEE.

Nous aborderons d'abord les objectifs, les hypothèses, la revue de littérature et enfin la méthodologie de notre étude.

Paragraphe I : OBJECTIFS, HYPOTHESES ET TABLEAU DE BORD

Au regard des problèmes spécifiques à résoudre nous allons fixer les objectifs à atteindre, poser les hypothèses à partir des causes supposées être à la base, puis élaborer le tableau de bord de l'étude.

I- FIXATION DES OBJECTIFS DE L'ETUDE ET FORMULATION DES HYPOTHESES

Nous aborderons successivement les objectifs puis les hypothèses de notre étude.

A- Objectifs de l'étude

Ces objectifs sont de deux (02) ordres : l'objectif général et les objectifs spécifiques.

L'objectif général sera relatif au problème général et les objectifs spécifiques seront afférents aux problèmes spécifiques.

1- Objectif général

L'objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la gestion du séjour des malades au centre de Santé de Mènontin (CSM)

2- Objectifs spécifiques

Objectif spécifique N°1

Proposer des mesures d'amélioration des conditions d'hébergement des malades au CSM.

Objectif spécifique N°2

Suggérer des actions pour une prise en compte de l'alimentation des patients dans le processus des soins.

Objectif spécifique N°3

Proposer des actions pour une prise de conscience efficiente des malades de leurs droits.

B- Formulation de l'hypothèse et tableau de bord de l'étude.

Dans cette partie, nous déterminerons les causes possibles liées aux différents problèmes spécifiques identifiés qui nous permettront d'émettre les hypothèses de cette étude.

1- Cause et hypothèse liée aux problèmes

a) Cause et hypothèse liées au problème spécifique N°1

Une fois les malades hospitalisés, l'administration du centre les met dans les conditions d'hébergement pouvant faciliter leur rétablissement. Le confort des chambres est fonction de leur capacité financière. Pour la majorité des patients, un effort reste à faire. Dans ce cadre nous avons formulé une première hypothèse qui relie cet état de chose au manque de disponibilité financière pouvant couvrir les dépenses liées à l'aménagement des chambres. Il faut noter également une insuffisance dans le suivi des hospitalisations car sans les visites périodiques des salles d'hospitalisation pour prendre connaissance des besoins urgents, les conditions vont demeurer les mêmes.

De tout ce qui précède nous formulons alors l'hypothèse, selon laquelle l'insuffisance de disponibilité financières et de suivi des hospitalisations est à la base des conditions peu adéquates d'hébergement.

b) Cause et hypothèse liées au problème spécifique N°2

Tout processus de guérison d'une maladie est tributaire d'une bonne alimentation. Une alimentation qualitative et quantitative renforce le processus de rétablissement de l'état de santé. Dans cette optique, l'hôpital parallèlement au processus de soins doit mettre en place un système de restauration qui aura pour mission de fournir une alimentation saine, équilibrée, variée et à temps aux malades hospitalisés. Ledit système fait défaut au CSM.

Dans le souci de résoudre ce problème spécifique nous avons réussi à trouver deux (02) causes pertinentes classées par ordre d'importance qui peuvent être à la base du problème.

- Déficit financier pour la mise en place du système de restauration des malades
- Absence de vision de la prise en charge de la restauration des patients par les autorités

En retenant l'absence de vision de prise en charge de la restauration par les autorités comme cause du problème spécifique en question, nous nous rendons compte que cette cause a un pouvoir explicatif faible.

En effet, toute entreprise, pour atteindre véritablement ses objectifs, a besoin de nourrir toutes ses ambitions à travers des plans et stratégies pouvant lui permettre d'évoluer dans un environnement dynamique. La réalisation de cette vision n'est possible qu'avec un minimum de ressources financières. Cette cause ne peut donc pas justifier l'absence du système de restauration au Centre de Santé de Mènontin.

Nous comprenons donc clairement que les multiples difficultés financières auxquelles sont confrontées la plupart des hôpitaux, constituent un frein pour une prise en charge efficiente du malade. Dans ce cadre, l'hypothèse spécifique N°2 de notre étude peut se formuler de la manière suivante : Le déficit financier est à la base de l'absence du système de restauration au Centre de Santé de Mènontin.

c) Cause et hypothèse liées aux problèmes spécifiques N°3

Pour ce problème spécifique qui est l'ignorance des malades de leurs droits nous avons identifié deux (02) causes.

- l'analphabétisme de certains patients
- l'insuffisance du système d'information des usagers.

D'une part, lorsque nous retenons l'analphabétisme de certains patients nous constatons que cette cause n'explique pas de façon profonde le problème spécifique en question. Etant donné que le patient est appelé à recevoir des soins, le personnel doit tout mettre en œuvre pour faciliter la communication même dans nos langues nationales.

D'autre part, lorsque nous retenons l'insuffisance du système d'information des usagers, nous nous rapprochons plus de l'origine du problème spécifique.

Nous formulerons alors notre hypothèse comme suit : l'ignorance des malades de leurs droits est engendrée par l'insuffisance du système de sensibilisation des usagers sur leurs droits.

d) Cause et hypothèse liées au problème général

Rappelons que les problèmes spécifiques sont des manifestations du problème général. Il est de même pour les causes et hypothèse par rapport au problème général. Ainsi nous n'avons pas pu identifier une cause générique qui unifiera toutes les causes spécifiques identifiées. Nous n'avons donc pas pu formuler une cause générale et une hypothèse générale.

2- Tableau de bord de l'étude

Ce tableau récapitule la problématique choisie, les problèmes spécifiques retenus, les causes supposées à l'origine des problèmes et les hypothèses de travail ci-dessus. Il se présente comme suit.

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

Niveau d'analysé		Problèmes	Objectifs	Causes (supposées)	Hypothèses
Niveau général		<u>Problème général</u> Gestion non performante du Séjour des malades	<u>Objectif général</u> Contribuer à l'amélioration de la gestion du séjour des malades au CSM		
Niveau spécifique	1	<u>Problème spécifique N°1</u> Conditions peu adéquates d'hébergement des malades	<u>Objectif spécifique N°1</u> Proposer des mesures d'amélioration des conditions d'hébergement des malades au CSM.	<u>Causes spécifiques N°1</u> L'insuffisance de disponibilité financière et dans la suivie des hospitalisations	<u>Hypothèse spécifique N°1</u> L'insuffisance de disponibilité financière et de suivi des hospitalisations, se trouvent être à la base des conditions peu adéquates d'hébergement
	2	<u>Problème spécifique N°2</u> Absence du système de restauration des malades	<u>Objectif spécifique N°2</u> Suggérer des actions pour une prise en compte de l'alimentation des patients	<u>Causes spécifiques N°2</u> Le déficient financier pour la mise en place du système de restauration des malades	<u>Hypothèse spécifique N°2</u> L'absence du système de restauration des malades est due au déficit financier pour la mise en place du système de restauration
	3	<u>Problème spécifique N°3</u> Ignorance des malades de leurs droits	<u>Objectif spécifique N°3</u> Proposer des actions pour une prise de conscience efficiente des malades de leurs droits	<u>Causes spécifiques N°3</u> L'insuffisance du système d'information des usagers	<u>Hypothèse spécifique N°3</u> L'ignorance des malades de leur droit s'explique par l'insuffisance du système d'information des usagers

Paragraphe II : REVUE DE LA LITTERATURE

Pour plusieurs raisons, l'hôpital donne diverses prestations pour l'amélioration de l'état de santé des populations et la guérison des malades. Mais, de nombreuses défaillances sont cependant signalées dans la prise en charge des malades, notamment au niveau de l'hébergement, de la restauration et du système d'information des patients.

Il s'agira pour nous de faire appel à des théories de certains auteurs ayant abordé d'une manière ou d'une autre les problèmes spécifiques concernant notre étude.

Notons au préalable que, les points des connaissances liées aux problèmes spécifiques sont sous le couvert de la thématique du problème général de la gestion du séjour des malades au CSM. Aussi, seuls les points des connaissances liées aux problèmes spécifiques seront exposés.

I- CONTRIBUTION DES CONNAISSANCES ANTERIEURES A LA REVOLUTION DU PS N°1

La gestion des malades, loin de se limiter à la seule activité d'un service d'admission, repose en fait sur un ensemble complexe de procédures. Cette réalité actuelle semble déjà justiciable de nombreuses améliorations dont la mise en œuvre ne peut que contribuer à mettre en évidence le caractère global du processus de gestion des malades et le rôle déterminant voire unique que ce processus a joué dans l'atteinte des objectifs et l'accomplissement des finalités de l'institution hospitalière. (Lévy 1972)

Dans ce cadre, l'amélioration de l'état de santé du patient est la préoccupation première à laquelle doit s'attacher tout acteur de soins. Elle passe donc par plusieurs facteurs dont la qualité de l'hébergement qui reste l'un des paramètres clés de tout système d'hospitalisation.

Ainsi, (Houndjè 1993) déclare que le cadre dans lequel séjournent les malades au CNHU HKM est inapproprié compte tenu de la non aération des chambres. Il indique que les fonctions linge et nettoyage sont défaillantes et suggèrent pour pallier ces différentes difficultés, la mise en place d'une structure d'éducation pour la santé afin de sensibiliser les patients à l'utilisation des toilettes et à l'entretien des locaux.

(Vidjinnangni 2002) quant à lui, dans une étude réalisée sur le CNHP de Cotonou indique que 16,24% des patients se retrouvent sans lits ; plus de la moitié de ceux-ci (50,43%) dorment sans moustiquaire et que les WC sont en nombre insuffisant, mal propres et mal entretenus. Vidjinnangni propose donc que les salles d'hospitalisation soient dotés de lits et de moustiquaires en nombres suffisants pour tous les patients. Abordant la question des

risques liés à la sécurité des patients, (Délé 2004) rapporte des vols de vêtements, d'ustensiles de cuisine, de médicaments et agressions de malades à l'hôpital de la mère et de l'enfant (HOMEL). Pour cet auteur, le malade admis en hospitalisation doit avoir la quiétude totale ; nécessaire et susceptible de favoriser sa guérison.

(Kouatonou 2005) dans une étude réalisée sur le CNHU.HKM indique que 84,76% des patients pensent que les douches et WC sont mal propres. Pour 56,19% l'environnement des chambres est perturbé et 93,34% d'entre eux déplorent l'inexistence de draps de lit sur les matelas.

II- CONTRIBUTION DES CONNAISSANCES ANTERIEURES A LA RESOLUTION DU PS N°2

Le monde hospitalier s'est beaucoup restructuré depuis les années soixante dix, mais la restructuration a notamment porté sur les services médicaux et administratifs ; les secteurs logistiques et donc celui de la restauration n'ont pas été jugés prioritaires par les gestionnaires du monde hospitalier. Ces restructurations ont été laissées à l'initiative et à la bonne volonté des directeurs d'hôpitaux sans que pour autant des directives d'orientation fixant des objectifs soient prévues.

Longtemps délaissés des responsables hospitaliers, les espaces de production alimentaire hospitaliers ne sont pas adaptés, pour la plupart aux contraintes actuelles d'une restauration moderne. L'alimentation du malade n'est que très rarement conçue comme partie intégrante du soin au sens large, même dans les hôpitaux qui se préoccupent de la question. La restauration hospitalière est une activité qui doit être pratiquée avec une hygiène particulière. C'est pourquoi des normes ont été établies pour la réglementer.

Aussi pour (Houenou 2002), lors de la conception ou de la rénovation d'une cuisine pour la restauration hospitalière, il est impératif de prévoir des locaux permettant le respect du principe de la "marche en avant des aliments" et notamment :

- Des locaux de stockage assez aérés et dans lesquels des étagères seront installées pour éviter que les denrées soient disposées à même le sol ;
- Des chambres froides en nombre suffisant ;
- Un local d'épluchage séparé ;
- Un local de boucherie ;
- Un local de préparation ;
- Un local de stockage des déchets ;

- Une laverie ;

L'équilibre alimentaire, basé sur un bon apport nutritionnel, la variété et la modération favorisent la prévention de maladies. En présence d'une maladie, d'une affection, ou d'une pathologie, une alimentation adaptée peut favoriser la guérison ou la stabilisation.

Au CNHU, le repas est servi trois fois par jour. La quantité servie satisfait la majorité des malades pendant que la qualité est déplorée également par la majorité. La mauvaise alimentation est due au déficit financier jouant sur l'approvisionnement puis à une insuffisance de personnel qualifié à la cuisine (**Kouatonou** 2005). Des études de l'auteur, il ressort que 72,28% des malades indiquent que le CNHU met un repas de mauvaise qualité à la disposition des personnes déjà malades. Dans une optique de qualité et d'amélioration de l'hôtellerie, il est certain que l'écoute du malade et de son entourage, famille, proches, relève de l'indispensable. (**Bénanteur** et al).

III- CONTRIBUTION DES CONNAISSANCES ANTERIEURES A LA RESOLUTION DU PS N°3

Les droits du malade sont prévus par les textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement du service. Les établissements de la santé qui assurent le service public hospitalier doivent réaliser les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes et prendre des mesures de nature à tenir compte des difficultés de compréhension et de communication. Comme indiqué dans la charte du malade hospitalisé, l'accès au service public hospitalier est garant à tous, et, en particulier, aux personnes les plus démunies quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale. Le droit à l'admission est particulièrement protégé. Il peut être procédé à une admission en nombre et au besoin sans formalités d'entrée dans certains cas. Le malade doit jouir de plusieurs droits pendant son séjour. Ainsi, les droits à l'information, au consentement aux soins, à la liberté individuelle, au respect de la personne et de son intimité, à la vie privée et à la confidentialité, à l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux, aux voies de recours doivent être exercés par le malade. En effet, le secret médical n'est pas opposable au patient. Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité thérapeutique pour la personne et avec son consentement préalable. C'est pourquoi, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors

le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir. Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte médical ultérieur. Un patient hospitalisé peut, être informé des risques possibles pour son état, et après avoir signé une décharge. A défaut de cette décharge, un document interne est rédigé. Il peut recevoir dans les locaux prévus à cet effet les visites de son choix et respectant l'intimité et le repos des autres patients.

Si la personne hospitalisée ou ses ayants droit estiment avoir subi un préjudice, lors du séjour dans l'établissement de celui-ci, ils peuvent saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation préalable en vue d'obtenir réparation. Une étude réalisée sur les conditions d'hospitalisation des malades au CNHU-HKM de Cotonou a montré que 70,48% des malades hospitalisés n'étaient pas informés de leurs droits et obligations. (**Kouatonou** 2005). Cet auteur recommande alors à l'endroit des autorités du CNHU-HKM de promouvoir les droits et obligations des patients.

SECTION 2 : CHOIX DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Notre méthodologie portera d'une part sur une approche empirique consacrée à la description des méthodes d'enquêtes et d'autre part sur une approche théorique issue des contributions antérieures relatives aux problèmes spécifiques retenus.

Paragraphe I: APPROCHES EMPIRIQUES

Elles nous permettront de mettre en lumière la méthode d'enquête envisagée à travers les outils de mobilisations des données. Les étapes à franchir dans cette approche sont les suivantes :

- Objectif de l'enquête
- Population mère ;
- Nature de l'enquête
- Echantillonnage
- Spécification des données à mobiliser
- Conception des questions d'enquête
- Techniques de dépouillement
- Outils de présentation des données

I- FIXATION DE L'OBJECTIF DE L'ENQUETE ET IDENTIFICATION DE LA POPULATION MERE

A- Objectif de l'enquête

Notre enquête a pour objectif de collecter les données nécessaires à la vérification de nos hypothèses précédemment formulées. Ainsi d'une manière spécifique notre enquête permettra de savoir si :

- l'insuffisance de disponibilité financière et dans le suivi des hospitalisations se trouve être à la base des conditions peu adéquates d'hébergement des malades
- le déficit financier est à la base de l'absence du système de restauration des malades
- l'ignorance des malades de leurs droits est engendrée par l'insuffisance de sensibilisation des malades sur leurs droits.

B- Identification de la population mère

Pour atteindre ces objectifs, notre étude est assise sur deux catégories d'enquête à savoir :

- une enquête orientée vers les malades hospitalisés
- une autre dirigée vers le personnel du centre.

II- NATURE DE L'ENQUETE, ECHANTILLONNAGE ET SPECIFICATION DES DONNEES A RECUEILLIR

A- Nature de l'enquête

La vérification des hypothèses nous oblige à effectuer une enquête par sondage à l'aide d'un questionnaire à l'endroit des malades hospitalisés pour la vérification de toutes les hypothèses. Pour appuyer ce sondage, nous avons procédé à des entretiens avec les différents chefs services pour la vérification des hypothèses.

B- Echantillonnage et spécification des données à recueillir

L'échantillon représentatif de la population mère identifiée pour notre enquête par sondage est composé de 104 malades hospitalisés (soit 1/10 de malades hospitalisés) toutes catégories confondues par mois puis dans une seconde approche aux chefs de services administratifs et techniques

Les 104 malades à interroger seront repartis suivant une approche probabiliste stratifiée dans les pavillons techniques comme l'indique le tableau qui suit :

Tableau n°6 : Répartition des patients par pavillon technique

N° d'ordre	Services	Nombre de patients
1	Médecin	32
2	Chirurgie	18
3	Maternité	24
4	Pédiatrie	24
5	Réanimation	16
Total		104

III- CONCEPTION DES QUESTIONS, TECHNIQUES ET OUTILS DE PRESENTATION DES DONNEES

A- Conception des questions d'enquête

Le guide d'entretien et le questionnaire se trouvent en annexe.

B- Technique de dépouillement et outils de présentation des données

Le dépouillement des résultats se fera manuellement en raison de la petite taille de notre échantillon.

Quant aux analyses, elles se feront par la méthode des tris à plat pour ce qui concerne les questions fermées et les questions à choix multiples pour la vérification des hypothèses.

Paragraphe II: APPROCHE THEORIQUE

I- CHOIX THEORIQUE LIE AU PROBLEME DES CONDITIONS PEU ADEQUATES D'HEBERGEMENT DES PATIENTS

A- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes et repères liés à la thématique portée par le problème en résolution

La théorie retenue pour la résolution du problème des conditions peu adéquates d'hébergement des malades est celle de (Kouatonou 2005) qui suggère une approche théorique susceptible d'engager vivement l'humanisation de l'hôpital.

Il propose ainsi pour la résolution de ce problème :

- le bon entretien des locaux d'hospitalisation
- la dotation de ces locaux en équipements satisfaisants
- le nettoyage quotidien
- le dynamisme dans le traitement

B- Seuil de décision à la vérification de l'hypothèse n°1

Seront considérées comme causes réelles, celles identifiées par la majorité des malades enquêtés.

II- CHOIX THEORIQUE LIE AU PROBLEME DE L'ABSENCE DU SYSTEME DE RESTAURATION DES MALADES.

A- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes par le problème spécifique n°2

Pour la résolution du problème de l'absence de système de restauration des malades (Houenou 2002) propose pour la mise en place de ce système que le cahier de charges devra préciser l'objet de l'appel d'offre et mettre toutes les conditions garantissant la qualité des prestations qui seront données. On a par exemple :

- Exiger une cuisine équilibrée en nutrition et la possibilité de faire une cuisine diabétique ;

- La cuisine devra être hygiénique et les installations propres ;
- Le personnel doit être compétent et ceci sera vérifié par leur qualification ;

Le service traiteur devra disposer d'installations propres et équipements appropriés pour ce type de restauration.

B- Seuil de décision à la vérification de l'hypothèse n°2

Seront considérées comme causes réelles, les causes identifiées par la majorité des malades hospitalisés.

III- CHOIX THEORIQUE LIE AU PROBLEME DE L'IGNORANCE DES MALADES DE LEURS DROITS

A- Choix théorique et norme de repère

Nous rappelons que le problème spécifique en question est celui de l'ignorance de patients de leurs droits. L'information contribue à la guérison du patient parce que renforçant sa quiétude. Le patient a donc le droit de connaître les soins qui lui sont administrés même s'il ne maîtrise pas toute la dimension clinique des actes. Ainsi, nous retenons pour la résolution de ce problème, l'approche théorique de (Brunel, 2007) contenue dans le journal « SANTE INFO DROIT : 0810004333 ».

Il propose par ce titre les moyens ci-après :

- Accroître les droits de la personne malade à travers le respect, la dignité et la non discrimination
- Améliorer le suivi des droits des malades.
- Renforcer le droit au consentement
- Indemniser les patients en cas d'aléas thérapeutiques.

B- Seuil de décision à la vérification de l'hypothèse

Seront considérées comme causes réelles, celles identifiées par la majorité des malades enquêtés.

CHAPITRE DEUXIEME :
DE LA VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE
DES SOLUTIONS

SECTION 1 : DE LA COLLECTE DES DONNEES A L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Cette phase de l'étude sera consacrée à la réalisation des enquêtes, à la présentation et à l'analyse des données obtenues afin de vérifier les hypothèses antérieurement émises.

Paragraphe I.: COLLECTE ET PRESENTATION DES DONNEES

I- COLLECTE DES DONNEES

Elle a été réalisée sur la base de questionnaires et de guide d'entretien. Les questionnaires sont adressés aux malades hospitalisés alors que le guide d'entretien est adressé au personnel du centre de santé. Il s'agit des chefs de services techniques et du responsable chargé des affaires financières et de ses collaborateurs.

A- Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées dans le cadre de notre enquête sont multiples, nous avons :

- La non disponibilité du personnel enquêté due à leur forte mobilité.
- Les problèmes de communication avec certains malades du fait de leur analphabétisme,
- Le désintéressement de certains malades, qui selon eux ne perçoivent pas la finalité d'une telle opération.
- L'état pathologique de certains patients qui ne peuvent pas se prêter à notre questionnaire.

B- Limites des données

Les limites concernent les éventuels biais liés à la traduction en langue nationale. Les informations peuvent être limitées par le fait que certains malades ont des réserves pensant que leur point de vue pourrait faire durer le processus de traitement.

II- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS D'ENQUETES

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

A- Présentation et Analyse des résultats relatifs au PS1

La présentation et l'analyse des données ont été faites en tenant compte des questions fondamentales du questionnaire adressées aux patients hospitalisés. Ces résultats sont présentés dans les tableaux ci-après :

Tableau n° 7 : Appréciation de l'entretien des locaux par les patients.

Appréciation	Fréquence absolue	Fréquence relative
Très bien	5	04,80
Bien	10	09,62
Passable	19	18,28
Mauvais	70	67,30
Total	104	100,00

Tableau n° 8 : Appréciation du confort des salles par les patients

Motif	Modalité	Oui		Non	
		F. Absolue	F. relative	F. Absolue	F. relative
Suffisance des lits		90	86,53	14	13,47
Bon état des matelas		95	91,34	09	08,66
Existence de draps		25	24,03	79	75,96
Aération des chambres		50	48,08	54	51,92
Existence de moustiquaires		80	76,92	24	23,08
Environnement des chambres perturbées		30	28,85	74	71,15
Propreté des douches et WC		25	24,04	79	75,96

Tableau n° 9 : Appréciation de la sécurité des patients

Paramètres	Modalité	Oui		Non	
		F. Absolue	F relative	F Absolue	F relative
Vols		15	14,42	89	85,58
Agression des malades		17	16,34	87	83,66
Visites incontrôlées		72	69,23	32	30,77

Au centre de santé de Mènontin, sur 104 patients hospitalisés interrogés ; 67, 30% indiquent le mauvais entretien des locaux contre 18,28% qui pensent que cet entretien est juste passable. (Tableau n°7). Il ressort de ces résultats, le caractère défaillant de l'entretien des locaux au CSM. Abordant la question du confort des salles d'hospitalisation, 90% de patients trouvent qu'il y a suffisamment de lits. 95% d'entre eux indiquent le bon état des matelas que comportent ces lits mais, ce que la plupart des patients déplorent est l'inexistence de draps sur les lits (75,96% des patients) ; la non aération des salles (51,92% des patients) la pollution sonore dans l'environnement du centre (71,15% des patients) et une insuffisance de propreté des douches et WC pour 75,96% des patients. (Tableau n°8).

Sur le plan sécuritaire, les cas de vol, d'agressions des malades ont été révélés par les patients. Mais la plupart d'entre eux (69,23%) s'inquiètent des visites incontrôlées surtout nocturnes (Tableau n°9). Ces différents résultats réunis évoquent le caractère inadéquat des conditions d'hébergement des patients dans ce centre. Dans le même contexte, de l'interview qui a été accordé aux patients et à certains agents, il ressort que le suivi des activités de gestion de l'hébergement est rare et qu'il n'existe même pas un service s'occupant de la gestion des malades dans le centre. Il ressort ainsi de toutes ces déclarations, observations, constats et résultats que l'absence de suivi des activités d'hébergement des malades engendre les conditions peu adéquates d'hébergement constatée.

B- Présentation et Analyse des résultats au problème d'absence de système de restauration

Les figures suivantes présentent les résultats obtenus, après les enquêtes réalisées sur les mêmes patients hospitalisés.

Figure n°1 : Source des repas consommés par les malades.

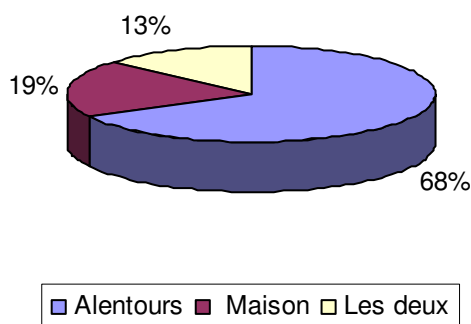
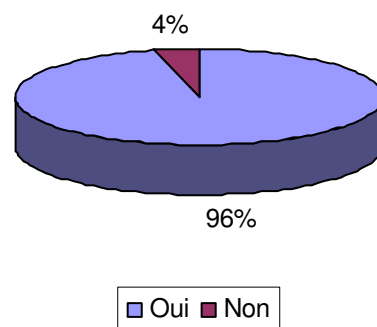


Figure n°2 : Impression des patients sur la mise en place du système de restauration.

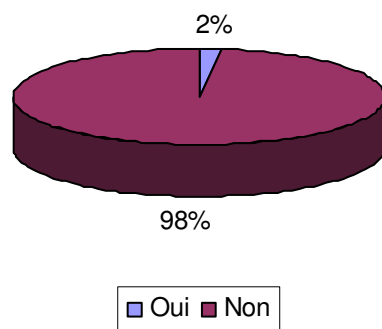


La figure n°1 indique que 68% des patients achètent à manger dans les alentours du centre, 19% consomment des mets préparés depuis leur domicile et 13% se nourrissent par les 2 possibilités. La qualité du repas est par conséquent mise en doute puisqu'il sera difficile d'apprécier les conditions dans lesquelles, ces mets sont préparés. L'hôpital a ce devoir d'assurer le bien être des patients. Ce bien être passe par plusieurs conditions dont l'une des plus importantes, est la qualité du repas.

Ainsi, tous les patients (96,15%) souhaitent être dans un régime ayant un système de restauration. Pour eux, l'hôpital doit prendre en compte tous les facteurs qui concourent à leur rétablissement. (Figure n°2). Or les disponibilités financières du centre selon la plupart des responsables ne permettent pas de mettre en œuvre ce projet si réellement, nous tenons à la qualité des mets.

C- Présentation et Analyse des résultats liés au problème de l'ignorance des malades de leurs droits.

Figure n°3 : Connaissance des malades de leurs droits



Des cent quatre (104) malades hospitalisés enquêtés, 98% des patients ne sont pas au courant de leurs droits. Ceci justifie la rareté des plaintes enregistrées de la part des malades du fait que ces derniers ne sont pas informés que leur statut leur permet de revendiquer ou de réclamer leurs droits.

Paragraphe II: VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

I- VERIFICATION DES HYPOTHESES

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

L'analyse des données issues de nos investigations atteste que l'hébergement des malades pose problème. De la même façon, il n'existe pas un système efficace d'un suivi des activités de gestion de l'hébergement. Par ailleurs les disponibilités financières ne favorisent pas aussi une amélioration du système. De ce qui précède, on peut conclure que l'hypothèse N°1 liant l'insuffisance de disponibilité financière et de suivi des hospitalisations, se trouvant à la base des conditions peu adéquates d'hébergement est vérifiée.

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

Il ressort de l'analyse que la majorité des patients souhaite que le centre de santé prenne en charge leur restauration. Ceci les épargnerait des éventuelles risques d'intoxication alimentaire. Or les disponibilités financières du centre selon la plupart des responsables ne permettent pas de mettre en œuvre ce projet si réellement, l'aspect qualité doit être pris en compte. L'analyse des résultats montre que les causes supposées être à la source des problèmes à résoudre sont en définitive les vraies causes..

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

L'analyse des données recueillies au cours de nos enquêtes atteste que la plupart des hospitalisées ne sont pas informés de leurs droits. Aussi n'existe t-il pas une politique mise en place par le centre pour informer les patients sur leurs droits et devoirs. L'hypothèse selon laquelle l'ignorance des malades de leurs droits s'explique par l'insuffisance du système d'information des usagers est vérifiée. Ainsi, les hypothèses sont vérifiées, ce qui nous amène à l'étape de formulation des éléments du diagnostic.

II- FORMULATION DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic a simplement pour base la confirmation des hypothèses. Nous avons donc :

A- Élément du diagnostic N°1

L'insuffisance de disponibilité financière et de suivi des hospitalisations, se trouve être à la base des conditions peu adéquates d'hébergement des malades.

B- Élément du diagnostic N°2

L'absence du système de restauration des malades est due au déficit financier pour la mise en place du système de restauration.

C- Élément du diagnostic N°3

L'ignorance des malades de leurs droits s'explique par l'insuffisance du système d'information des usagers.

SECTION 2 : APPROCHE DE SOLUTIONS POUR UNE GESTION PERFORMANTE DU SEJOUR DES MALADES

C'est l'occasion pour nous de proposer des solutions et de faire des suggestions par rapport aux problèmes spécifiques retenus pour notre étude, pour que l'amélioration de la gestion du séjour des malades soit une réalité.

Paragraphe I : APPROCHE DE SOLUTIONS

I- APPROCHE DE SOLUTIONS AUX PROBLEMES D'HEBERGEMENT ET DE RESTAURATION

A- Les solutions au problème d'hébergement

Au regard des causes ci-dessus relevées il conviendrait de :

- mettre en place le matériel nécessaire dans les salles d'hospitalisation et surtout :
 - 1) La prévoyance d'un nombre suffisant de paravents dans les salles communes d'hospitalisation pour préserver l'intimité des patients ;
 - 2) des draps et des moustiquaires régulièrement lavés et désinfectés pour les malades, toutes catégories confondues pour lutter efficacement contre le paludisme ;
 - 3) des grillages aux fenêtres qui n'en disposent pas ;
 - 4) un bon système et d'aération surtout dans les salles d'hospitalisation, la maternité en l'occurrence (réparation et renouvellement) ;
 - 5) la désinfection des lits avant les opérations de rotation et quotidiennement celle des salles d'hospitalisation ;

- 6) l'instauration du système d'alerte entre salles de garde et salles d'hospitalisation en vue de satisfaire le plus promptement possible les recours de tout genre qui pourraient être sollicités par les patients ;
 - 7) la construction d'une salle de divertissement des patients dotée de postes téléviseurs ;
 - 8) le règlement des heures de visite.
 - 9) l'augmentation du nombre de fauteuils roulants pour le déplacement ou le transfert des patients ;
- mettre en place un service de gestion des malades pour le suivi des hospitalisations.

B- Les solutions au problème d'alimentation

De notre diagnostic, il se dégage que l'absence du système de restauration des malades est due au déficit financier. Pour contribuer au rétablissement parfait de l'état de santé de ses patients le Centre de Santé de Mènontin va devoir :

- mettre en place le système de restauration des malades, il peut être en sous traitance avec un particulier, ce qui amoindrira les charges financières y relatives.
- mettre en place une cantine payante sous contrôle hygiénique du centre pour éviter aux malades des intoxications alimentaires en dehors du centre.
- veiller à la quantité et à la qualité des repas servis ainsi qu'au respect des horaires des repas.
- mettre en place un comité d'hygiène pour le contrôle des aliments.

II- APPROCHE DE SOLUTION AU PROBLEME DE DROITS DES MALADES

Après l'établissement du diagnostic, il ressort que l'ignorance des malades de leurs droits est due à une insuffisance de sensibilisation des malades. Pour remédier à cet état de chose, le Centre de Santé de Mènontin pourra :

- Mettre en place un système de sensibilisation des malades sur leurs droits et obligations ;
- Accompagner des carnets de soins d'une brochure comportant les droits et obligations des patients ;

- Organiser des séances de sensibilisation permanente des malades sur leurs droits et obligations en collaboration avec le personnel soignant ;
- Informer les patients, avant tout processus de soins, de leurs droits ;
- Mettre en place un service de gestion des conflits et des plaintes ;
- Mettre dans les salles des boites à suggestions.

Paragraphe II: SUGGESTIONS

Si ces recommandations peuvent être prises en compte par les responsables du Centre et les autorités politiques et administratives, elles engendreront la résolution des nombreux problèmes sanitaires qui se posent au Centre de Santé de Mènontin. C'est ainsi que nous suivrons successivement les recommandations à l'endroit des autorités du Centre de Santé de Mènontin, du Ministère de la Santé publique.

I- SUGGESTIONS A L'ENDROIT DES AUTORITES DU CENTRE DE SANTE DE MENONTIN.

- Elaborer un plan de réforme organisationnelle du Centre de Santé de Mènontin tant sur le plan administratif que médical ;
- Améliorer le système d'information ;
- Adopter une nouvelle politique de recouvrement des créances ;
- Veiller à une organisation rationnelle des activités des services en vue de dispenser des soins de qualité ;
- Promouvoir les droits et obligations des patients ;
- Prendre des mesures fiables face au problème préoccupant d'accueil et d'hôtellerie des malades.
- Mettre en place un service de gestion des malades.

II- SUGGESTIONS A L'ENDROIT DE L'ETAT

Nous suggérons :

- d'apporter de l'aide aux hôpitaux à travers la construction des infrastructures d'hébergement (bâtiments, lits, matelas...)
- d'augmenter les subventions aux hôpitaux
- de créer des textes spécifiquement liés à l'hébergement dans les hôpitaux

CONCLUSION

La santé est un patrimoine sans lequel aucun développement n'est possible. Elle est un bien précieux auquel tout individu sans distinction, est en droit d'aspirer. En effet, dans les pays en développement, l'hôpital doit satisfaire les demandes sans cesse croissantes d'une population dont le niveau de vie ne fait que baisser. Cela suppose donc une réduction des coûts d'hospitalisation. Dans cette même logique, l'amélioration de la prise en charge revêt une importance capitale qui donne une forte légitimité à la structure sanitaire et montre l'importance attachée aux soins des patients par les autorités du centre.

La combinaison efficiente des différentes ressources humaines, matérielles, financières et de gestion reste le seul véritable outil capable d'assurer l'effectivité du droit à la santé comme l'un des droits fondamentaux de la personne humaine.

Au Centre de Santé de Mènontin cette prise de charge passe par une amélioration de la gestion du séjour des malades à travers l'amélioration des conditions d'hébergement des malades, la mise en place d'un système de restauration et la promotion des droits et obligations des malades.

En plus de la nouvelle formule de restauration proposée, il serait bien que le Centre de Santé de Mènontin installe en son sein une cantine qui sera régulièrement contrôlée par les services d'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrages

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

COMET.P., PIGANIOL (1974) : « *L'hôpital public* » Paris, Berger levrault.324p

DUPERROUX, J.J.(1975) « *Droit de la sécurité sociale* »Paris,Dalloz,1114p

LEVY, E., BUNGENER ; DUMEMIL et LAFARG, H. « *Introduction à la gestion hospitalière* »Paris, Dunod.234p

SONRIER, A .(1974) «*Gestion et Finances hospitalière* »,Paris,Berger levrault..324p

Mémoires

ATAYI, E .M.(1996) « **La gestion des malades hospitalisés au centre hospitalier universitaire de TOKOIN :Hébergement et restauration** », Mémoire de fin du 1^{er} Cycle, ENA.

DAKPOGAN, H.D.(1996) « **Le malade et la responsabilité du professionnel de santé au Bénin.** » Mémoire de fin de premier cycle, ENA.

DELE, A.F.K.(2004) « **La problématique de l'hébergement des malades dans les centres hospitaliers publics :Cas de l'hôpital de la mère et de l'enfant** ». Mémoire du fin du premier cycle, ENAM.

HOUENOU, B.M.(2002) « **Etude du problème de l'alimentation des malades dans les hôpitaux publics au Bénin :cas de la maternité Lagune de Cotonou.** ». Mémoire de fin du premier cycle, ENAM

HOUNDE, B.M.(2002) « **Réflexion sur les prestations administratives et hôtelières des hôpitaux public au Bénin :cas du Centre national hospitalier et universitaire de Cotonou** »

KOUATONOU, M.C.(2005) : « **Etude sur les conditions d'hospitalisation des malades au CNHUP de Cotonou** » Mémoire de fin du premier cycle, ENAM

VIDJINNAGNI, E.C. (2002) : « Etude sur les conditions d'hospitalisation des malades au CNHUP de Cotonou » Mémoire de fin du premier cycle, ENAM

Autre document

CSM.(2001) « **Guide de l'employé au centre de santé de Mènontin.** » Association Médico-social de Mènontin.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE AUX MALADES HOSPITALISES

Comme il est de tradition à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature où nous avons suivi une formation en Administration Hospitalière Universitaire et d'intendance, nous avons le devoir de rédiger un mémoire de fin de formation. A cet effet, nous avons choisi réfléchir sur les conditions de séjour des malades au CSM.

C'est dans ce cadre que nous prions d'apporter vos précieuses réponses aux questions ci-dessous car elles nous aideront à faire des propositions précises et concrètes à l'endroit des autorités compétentes en vue d'une amélioration des prestations données au CSM

NOM :

PRENOM :

SEXE :

- 1- Depuis quand êtes-vous hospitalisé ?
- 2- De quoi souffrez-vous ?
- 3- Comment trouvez-vous l'entretien des locaux d'accueil ?
Très bien Bien
Passable Mauvais
- 4- Etes-vous satisfait du système d'accueil du centre ?
Oui Non

APPRECIATION DU PERSONNEL

- 1- Attitude du personnel à votre égard ?

	SOIGNANT	ADMINISTRATIF
• Très aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Peu aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pas du tout aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 2- Quelle est la nature de vos relations avec vos parents et autres visiteurs éventuels ?
Très bonne Bonne
Mauvaise

III- SOINS

- 1- Etes-vous satisfait des soins qui vous sont prodigués ?
Oui Non
- 2- Quelle est votre appréciation sur la qualité des prestations du personnel soignant ?
Très bonne Bonne
Assez bonne Passable
- 3- Est-ce que vous arrivez à payer toutes les ordonnances qui vous sont prescrites ?
Oui Non
- 4- Avez-vous facilement accès aux informations liées à vos droits et obligations ?
Oui Non
- 5- Le Centre se Préoccupe-t-il de votre sécurité ?
Oui Non
- 6- Y-t-il des cas de vol ou de perte de vos effets?
Oui Non
- 7- Quelle image avez-vous de ce Centre en matière de soins médicaux ?
Très bonne Bonne Mauvais

IV- LOGEMENT

- 1- Les bâtiments d'hospitalisations sont-ils en nombre suffisant ?
Oui Non
- 2- Quelle chambre avez-vous occupée ?
Chambre Catégorielle chambre commune
- 3- votre chambre est-elle bien entretenue ?
Très bien Bien
Passable Mauvais
- les lits sont-ils en nombre suffisant ?
Oui Non
 - les matelas sont-ils en bon état ?
Oui Non

- Existe-t-il de draps sur les matelas ?

Oui Non

- Sont-ils quotidiennement lavés ?

Oui Non

- Votre chambre est-elle bien aérée ?

Oui Non

- Votre intimité est-elle préservée ?

Oui Non

- Avez-vous des moustiquaires en nombre suffisant ?*

Oui Non

- Comment assurez-vous, vous-même l'entretien de votre chambre ?

Très bien Bien

Passable Mauvais

- L'environnement de votre chambre est-il perturbé ?

Si Oui par quoi ?.....

.....
.....
.....

Non

- 4- Les douches et les WC sont-ils toujours accessibles quant à la propreté qui leur est réservée ?

- 5- Que suggériez-vous en matière de techniques nouvelles visant une amélioration de votre hébergement ?

.....
.....
.....

V- RESTAURATION

- 1- Comment faites-vous pour le manger ?

Acheter le repas Préparer depuis la maison

- 2- Souhaiteriez-vous que votre repas soit pris en charge par le CSM

Oui Non

- 5- Si oui accepteriez-vous une augmentation des frais des prestations

Oui

Non

VI- AUTRES

1- Que pensez-vous des frais d'hospitalisation ?

Exorbitants Un peu exorbitant

Acceptable

2- En général, comment trouvez-vous le cadre de l'Hospital ?

Salubre Insalubre

3- Dans l'ensemble, que pensez-vous de votre séjour depuis votre admission jusqu'à ce jour ?

Satisfait Passablement satisfait Pas satisfait

4- Existe-t-il un lieu prévu pour votre distraction ?

Oui Non

VII- A partir de ce qui vous a le plus déplu, avez- vous des compliments, des critiques à nous formuler ou des suggestions à nous faire ?.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

...
NB : Cochez les mentions utiles

MERCI !

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX AGENTS DU CSM

Ce guide d'entretien est l'élaboré dans le cadre d'une étude scientifique pour la réalisation d'un mémoire professionnel.

Les observations que vous ferez et vos opinions sur les questions ne vous engagent en rien. D'avance nous vous remercions pour votre compréhension.

1- Quelle est votre opinion sur les conditions d'hospitalisation des malades au CSM en ce qui concerne les modalités :

- d'admission.....

.....
.....

- d'hébergement.....

.....
.....

- du système d'information des patients.....

.....
.....

- de soins.....

.....
.....

2- que pensez-vous de la restauration des malades dans le processus des soins ?.....

.....
.....

3- Selon vous quelle est la cause de l'absence du système de restauration des malades au CSM.....

.....
.....

Annexe 3

RESUME DES DROITS ET DEVOIRS DES MALADES HOSPITALISES

DROITS DU MALADE

1. Le droit d'être hébergé lorsque son état l'exige.
2. Egalité d'accès au service public hospitalier.
3. Le droit au fonctionnement continu du service hospitalier.
4. Le droit au respect de la volonté du malade et consentement nécessaire préalablement à tous soins médicaux.
5. Le droit au secret et à l'intimité du malade hospitalisé.
6. Le droit au respect de la personne du malade dans sa dignité et dans ses convictions philosophiques.
7. Le droit à l'information du malade hospitalisé et de la famille.
8. Le droit à une qualité minimale de soins et le droit à la réparation en cas de faute.
9. Le droit à la sécurité de sa personne et de ses effets personnels durant l'hospitalisation.
10. Le droit aux conditions d'hygiène favorables à son rétablissement.

DEVOIRS DU MALADE

1. Ne pas quitter l'enceinte de l'établissement hospitalier.
2. Respecter les rendez-vous, les décisions du médecin et les prescriptions médicales.
3. Respecter les obligations financières.

4. Respecter le service public et le règlement intérieur.
5. Garder en bon état les locaux et équipements mis à leur disposition. En cas de non respect, le malade peut-être exclus de l'établissement
6. En cas d'exitus, le corps n'est rendu aux parents du défunt qu'après paiement de tous les frais d'hospitalisation et des soins.
7. Les parents du défunt ont le devoir de faire face aux frais de morgue indépendamment du règlement du solde des prestations du lorsque le décès est intervenu en leur absence.
8. Payer le séjour et les actes effectués en cas de sortie contre avis médical.
9. En cas d'évasion identifiée, le malade a le devoir de payer l'intégralité des sommes dues précédemment

Table des matières

Dédicaces	
Liste des abréviations.....	
Sommaire.....	
Introduction.....	1
Chapitre préliminaire.....	2
Section1 : Cadre de l'étude et observation du stage.....	3
Paragraphe I :	3
I- Historique et missions	3
A -Historique.....	3
B- Missions	4
II- Structure organisationnelle et différentes ressources du CSM.....	4
A- Structure organisationnelle.....	4
1- Organe de décision et gestion.....	4
a)Le Conseil d'Administration et Comité de Direction (CODIR).....	5
b)La Direction.....	5
2-Services du centre de santé de Mènonatin.....	5
a)Les services administratifs	6
b) Les services médicaux et techniques	6
B -Les Ressources du CSM de Cotonou.....	6
1-Ressources humaines	6
2-Ressources matérielles.....	7
3-Ressources financières.....	8
Paragraphe II : Etat des lieux de base.....	8
I -Activités liées au Circuit du malade.....	8
A -Accueil et orientation des malades.....	9
B- Admission et séjour des malades.....	9
C -Sortie et facturation des droits	11
D- Approvisionnement des produits.....	12
1- Achat des produits.....	12
2- Stockage.....	13
E- Comptabilisation des pièces.....	13
II- Inventaire des forces et faiblesses.....	13
A- Inventaire des atouts.....	13

B- Inventaire des faiblesses.....	14
C- Liste des problématiques.....	15
Section 2 : Choix et vision globale de résolution de la problématique.....	16
Paragraphe I : Choix de la problématique et formulation du sujet.....	16
Paragraphe II : Spécification et vision globale de résolution de la problématique.....	17
Chapitre premier : Du cadre théorique à la méthodologie de l'étude.....	19
Section 1 : Des objectifs de l'étude à la méthodologie adaptée.....	20
Paragraphe I : Objectif, hypothèses et tableau de bord.....	20
I- Fixation des objectifs de l'étude et formulation des hypothèses.....	20
A- Objectifs de l'étude et formulation des hypothèses.....	20
1- Objectif général.....	20
2- Objectifs spécifiques.....	20
B- Formulation de l'hypothèses et tableau de bord de l'étude.....	21
1- Cause et hypothèse liées au problème.....	21
a) Cause et hypothèse liée au problème spécifique n°1.....	21
b) Cause et hypothèse liée au problème spécifique n°2.....	22
c) Cause et hypothèse liée au problème spécifique n°3.....	23
d) Cause et hypothèse liée au problème général.....	23
2- Tableau de bord de l'étude.	24
Paragraphe 2 : Revue de la littérature.....	25
I- Contribution des connaissances antérieures à la résolution du problème spécifique n°1...25	
II- Contribution des connaissances antérieures à la résolution du problème spécifique n°2...26	
III- Contribution des connaissances antérieures à la résolution du problème spécifique n°3...27	
Section2 : Choix de la méthodologie de l'étude.....	29
Paragraphe I : Approche empiriques.....	29
I- fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère.....	29
A- Objectif de l'enquête.....	29
B- Identification de la population mère.	29
II- Nature de l'enquête, échantillonnage et spécification des données à recueillir.....	30
III- Conception des questions, technique et outils de présentation des données.....	30
A- Conception de questions d'enquête.....	30
B- Technique de dépouillement et outils de présentation des données.	
Paragraphe2 : Approche théorique.....	31
I- Choix théorique lié au problème des conditions peu adéquates d'hébergement des patients.....	32

A- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes et repères liés à la thématique porté par le problème en résolution.....	32
B- Seuil de décision à la vérification de l'hypothèse n°1.....	32
II- Choix théorique lié au problème de l'absence du système de restauration des malades	32
A- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes par le problème spécifique n°2	
B- Seuil de décision à la vérification de l'hypothèse n°2.....	33
III- Choix théorique liée au problème de l'ignorance des malades de leurs droits.....	33
A- Choix théorique et normes de repère.....	33
B- Seuil de décision à la vérification de l'hypothèse.	33
CHAPITRE DEUXIEME : De la vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre.....	35
Section I. : De la collecte des données à l'établissement du diagnostic.....	35
Paragraphe I Collette et présentation des données.....	35
I- Collette des données.....	35
A- Difficultés rencontrées.....	35
B- Limites des données.....	36
II- Présentation et analyse des résultats d'enquête.....	37
A- Présentation et analyse des résultats relatifs aux PS N°1.....	38
B- Présentation et analyse des résultats relatifs aux PS N°2.....	38
C- Présentation et analyse des résultats relatifs aux PS N°3.....	38
Paragraphe II : Vérification des hypothèses et établissement des diagnostics.....	38
I- Degré de validation des hypothèses	38
II- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°1.....	38
B- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°2.....	38
C- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°3.....	39
III- Formulation du diagnostic.....	39
A- Eléments de diagnostic n°1.....	39
B- Eléments de diagnostic n°2.....	39
C- Eléments de diagnostic n°3.....	40
Section 2 : Approche de solutions pour une gestion performante du séjour des malades.....	40
Paragraphe I : Approche de solution aux problèmes d'hébergement et de la restauration.....	40

La solution au problème d'hébergement.....	40
A- La solution au problème de la restauration.....	41
IV- Approche de solution au problème de droits des malades.....	41
Paragraphe 2 : Suggestions.....	42
I- Suggestion à l'endroit des autorités du centre de la santé.....	42
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44
Annexes.....	46