



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE

Mémoire de fin de formation au cycle 2 pour le
Diplôme d'Administrateur

OPTION :

Administration des Finances

FILIERE :

Administration Hospitalière,
Universitaire et d'Intendance

Année Académique : 2007-2009

THEME

CONTRIBUTION A LA MISE EN
PLACE D'UN SYSTEME DE
CONTROLE EFFICACE A L'HOPITAL
BETHESDA

Présenté par :

LAWIN M. Bertin

Maître de stage :

Prosper ADJOVI
Chef services Financier et Comptable
de l'Hôpital BETHESDA

Maître de mémoire :

Lucien HODE
Administrateur de Banques
et institutions Financières
Enseignant à l'ENAM

MARS 2010
VERSION APRES SOUTENANCE

Identification du Jury

Président du jury : Coffi Simon GNANSOUNOU

Vice Président du jury : Adrien HOUNSA

Membre du jury : Etienne D. DOUKAN

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

Dédicaces

Nous dédions ce mémoire.

✚ *À vous parents, pour votre soutien ;*

✚ *À notre épouse, pour votre compréhension et votre soutien durant la formation ;*

✚ *À vous, nos enfants, afin que ce travail vous serve de baromètre professionnel;*

✚ *À vous, nos frères et sœurs ;*

✚ *À toutes et à tous,*

Remerciements

A travers ces quelques lignes, nous témoignons du fond du cœur, toutes nos gratitudees à tous ceux et celles qui, de loin ou de près, matériellement ou moralement, avec compétence et dévouement, ont participé à la réalisation de ce travail.

Certes, nous ne saurions énumérer tous les concours dont nous avons bénéficié, mais nous ne pouvons cependant pas nous empêcher de mentionner quelques uns. C'est pourquoi, nous nous faisons l'agréable devoir de sceller singulièrement la contribution appréciable de :

Notre Directeur de Mémoire, le professeur Lucien HODE qui, nonobstant ses nombreuses charges académiques a accepté encadrer ce mémoire.

Qu'il en soit infiniment remercié.

Notre gratitude va ensuite à notre Maître de stage Monsieur Prosper ADJOVI et à tous nos formateurs que nous ne saurions citer individuellement ici.

Merci à eux pour avoir accepté de partager avec nous leurs connaissances.

Aussi tenons-nous à remercier les membres du jury, les parents sans oublier le Directeur de l'Hôpital BETHESDA, l'assistant administratif chargé des ressources humaines, les chefs de services et amis dudit hôpital et tous ceux qui n'ont ménagé aucun effort pour répondre à notre questionnaire.

Quant aux chers collègues de la quatrième promotion (AHUI), nous gardons de chacun de vous, de meilleurs souvenirs pour les deux années passées ensemble. Venus d'horizons divers, nous avons vécu en frères et sœurs dans une ambiance conviviale.

Liste des sigles et abréviations

AG : Assemblée Générale

AMCES : Association des Œuvres Médicales privées Confessionnelles et Sociales au Bénin.

AQ : Assurance Qualité

CA : Conseil d'Administration

CEPEB : Conseil des Eglises Protestantes Evangéliques du Bénin

HB : Hôpital BETHESDA

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LSF : Loi de Sécurité Financière

OCDC : Organisation Chrétienne pour le Développement Communautaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non Gouvernementale

PS : Problème Spécifique

RQ : Responsable Qualité

SAR For : Service d'Assistance psycho socio spirituel Relation avec les Institutions ecclésiastiques communautaires de bases et de formation

TBE : Tableau de Bord de l'Etude

Liste des tableaux

<u>Tableau n°1</u> : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt.....	16
<u>Tableau n° 2</u> : Synthèse des approches génériques par problème.....	25
<u>Tableau n° 3</u> : Tableau de Bord de l'Etude.....	36
<u>Tableau n° 4</u> : Point des réponses à la question n°1.....	58
<u>Tableau n°5</u> : Point des réponses à la question n°2.....	60
<u>Tableau n°6</u> : Point des réponses à la question n°3.....	61
<u>Tableau n°7</u> : Tableau de synthèse de l'Etude.....	73
<u>Tableau n°8</u> : Point sur le questionnaire.....	80.

Liste des graphiques

Graphique n° 1 : Représentation graphique des causes
de l'absence de manuel de procédures administratives et financières.....p.59

Graphique n° 2 : Représentation graphique des causes de l'absence de manuel
de suivi des malades.....p.60

Graphique n°3 : Représentation graphique des causes liées à l'absence de
protocole qualité.....p.62

Glossaire de l'étude

Audit : c'est l'examen critique mené par un professionnel compétent et indépendant qui permet de vérifier les informations données par l'entreprise.

Clients : c'est un thème qui désigne toute personne qui reçoit de quelqu'un, des fournitures ou services, contre paiement. A l'hôpital, le client désigne non seulement le malade qui y reçoit des prestations de soins, mais aussi ses parents et accompagnateurs.

Démarche qualité : c'est une façon d'agir, en respectant des normes orientées vers la satisfaction des clients.

Le contrôle interne : c'est l'ensemble des sécurités contribuant à la maîtrise de l'entreprise. Il a pour but d'assurer d'un côté la protection, la sauvegarde du patrimoine et la qualité de l'information, de l'autre l'appréciation des instructions de la direction et de favoriser l'amélioration des performances. Il se manifeste par l'organisation, les méthodes, et les procédures de chacune des activités de l'entreprise.

Réaliser une opération d'audit : c'est être à l'écoute de l'entreprise de manière à pouvoir apprécier la qualité et la fiabilité de l'information diffusée par elle. C'est s'assurer que ces informations respectent les principes d'exhaustivité, de régularité, et de sincérité.

Structure (hôpital) de référence : c'est la formation hospitalière de niveau et de compétence supérieure à laquelle une formation sanitaire de niveau périphérique peut adresser ses clients.

Résumé

L'hôpital est une entreprise humanitaire à objectif social. Néanmoins sa gestion exige le respect des normes commerciales tant sur le plan administratif, économique, que financier d'où la nécessité de former des cadres plus capable de conduire selon les normes et principes, la destiné des hôpitaux. Le domaine de la santé qui était exclusivement réservé comme celui de l'éducation à l'Etat est devenu un service marchand qui, pour survivre, a besoin d'être bien géré.

C'est pour cette raison que, pour parachever notre formation en administration hospitalière, nous avons voulu aborder l'enjeu de la maîtrise du patrimoine d'une entreprise hospitalière comme celle de l'Hôpital BETHESDA. La maîtrise de l'entreprise passe nécessairement par le contrôle, qui à son tour comporte plusieurs facettes dont les récurrentes, à notre connaissance, sont :

- l'ensemble des dispositions ou règles prises pour définir la conduite des activités : manuel de procédures administratives et financières ;

- l'ensemble des dispositions prises pour garantir une bonne orientation des malades après leur admission dans l'hôpital, afin d'éviter toute désorientation ;

- les dispositions prises pour enfin s'assurer de l'administration des soins de qualité aux malades.

C'est ce que nous avons retenu, comme manquement pour asseoir une base efficace du contrôle du patrimoine de l'Hôpital BETHESDA. Nos observations de stage nous ont révélé douze problèmes. Ceux-ci, répertoriés et regroupés par centre d'intérêt ont donné lieu à trois problématiques différentes parmi lesquelles nous avons retenu celle liée à **la mise en place d'un système de contrôle interne efficace**. Le problème général qui se dégage de cette problématique est **l'inefficacité du système de contrôle interne mis en place** à l'hôpital BETHESDA et ses manifestations se résument en terme :

- de non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières (Problème Spécifique n°1) ;
- d'inexistence d'un protocole de suivi des malades dans l'hôpital (Problème Spécifique 2) ;
- et de disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins (Problème Spécifique 3).

La résolution de cette problématique nous a conduits à fixer des objectifs et à formuler des hypothèses de travail. Ces objectifs et hypothèses se présentent comme suit :

Objectif général : *contribuer à la mise en place d'un système de contrôle efficace à l'hôpital BETHESDA.*

Objectifs spécifiques :

N°1 : suggérer le contexte de disposition d'un manuel de procédure administrative et financière à l'HB (objectif spécifique de développement n°1) ;

N°2 : proposer les modalités d'existence d'un protocole de suivi des malades (objectif spécifique de développement n°2) ;

N°3 : d'envisager les conditions de disposition d'un service d'assurance de qualité suffisante des soins à l'hôpital (objectif spécifique de développement n°3).

Hypothèses de travail

H1 : la non disposition d'un de manuel de procédures administrative et financière à BETHESDA est due à la banalisation des risques inhérents à la gestion et à l'autosatisfaction des dirigeants pour les mesures usuelles de gestion mises en place à l'interne ;

H2 : L'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital est à la base de l'inexistence de protocole de suivi des malades

H3 : la disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins à l'HB est due à l'absence d'outils et de compétence dans le centre à s'occuper de la qualité des soins.

Pour vérifier ces hypothèses, la technique du sondage a été utilisée comme procédé de collecte de données. Sur l'ensemble du personnel, 50 agents responsables administratifs, médicaux et paramédicaux ont été retenus comme notre échantillon. Aussi des seuils de décision ont-ils été fixés pour la vérification de chaque hypothèse.

Par rapport aux causes réelles, le diagnostic de l'étude a été établi, des approches de solutions ont été proposées et des conditions de réussite dégagées pour la résolution des différents problèmes spécifiques.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE.....	1-3
<u>CHAPITRE PREMIER</u> : DU CADRE INSTITUTIONNEL ET PHYSIQUE DE L'ETUDE A LA PROBLEMATIQUE DE MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE CONTROLE INTERNE EFFICACE À L'HOPITAL BETHESDA.....	4-26
<u>SECTION 1</u> : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DE STAGE SUR LES ACTIVITES DU SERVICE ADMINISTRATIF DE L'HOPITAL BETHESDA.....	5-15
<u>Paragraphe 1</u> . Présentation du cadre institutionnel de l'étude : la direction de l'hôpital BETHESDA.....	5
<u>Paragraphe 2</u> : Observations de stage : Etat des lieux sur les activités du service administratif de l'hôpital BETHESDA.....	10
<u>SECTION 2</u> : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE...	15-26
<u>Paragraphe 1</u> . Choix de la problématique et justification du sujet.....	15
<u>Paragraphe 2</u> . Spécification et vision globale de résolution de la problématique retenue.	20
<u>CHAPITRE DEUXIEME</u> : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE CONTROLE INTERNE EFFICACE A L'HOPITAL BETHESDA.....	27-73
<u>SECTION 1</u> : CADRE THEORIQUE ET EMPIRIQUE DE L'ETUDE : LA METHODOLOGIQUE	28-55
<u>Paragraphe 1</u> . Des objectifs de l'étude à la revue de littérature.....	28
<u>Paragraphe 2</u> . Méthodologie adoptée.....	49
<u>SECTION 2</u> : DES ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	56-73
<u>Paragraphe 1</u> . Enquêtes et vérification des hypothèses.....	56
<u>Paragraphe 2</u> . Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre	65
CONCLUSION GENERALE	74
BIBLIOGRAPHIE	76
ANNEXES	78
TABLE DES MATIERES	83

Introduction Générale

A la quête de plus en plus de performance, d'efficacité et de résultat ; et eu égard aux difficultés environnementales qui caractérisent la gestion des entreprises privées et publiques, les directeurs ou managers se voient obligés de maîtriser tout le système de gestion.

Ainsi, pour les gestionnaires d'entreprise, le leitmotiv est de maîtriser l'entreprise au point de ne rien perdre de vue. Plus que les entreprises classiques de type commercial, le cas de l'hôpital est plus concerné d'autant puisqu'il exige, en plus des indicateurs ordinaires de contrôle, le contrôle de la qualité des soins et celui des malades qui sont les clients.

Si par contrôle interne on entend, l'ensemble des sécurités contribuant à la maîtrise de l'entreprise, il n'en demeure pas moins qu'il a des objectifs précis :

- La protection et la sauvegarde du patrimoine y compris la prévention de la fraude ;
- La conformité aux différentes lois et réglementations applicables ;
- Le respect constant des instructions et des règles de gestion définies par la direction ;
- La diffusion d'une information financière et comptable fiable et rapidement disponible ;
- Le développement de la rigueur et l'amélioration des performances (efficacité opérationnelle, rationalisation des tâches)

Le contrôle interne est mis en place et entretenu par la direction de l'entreprise afin de prévenir et de détecter les erreurs, les fraudes et autres anomalies pouvant affecter les comptes et les états financiers annuels.

Ainsi, dans le cadre de notre recherche de fin de formation à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), option

administration des finances, filière Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance, nous avons choisi comme cadre physique de l'Hôpital BETHESDA. De nos observations ressortent les questions suivantes :

- comment l'hôpital BETHESDA (HB) peut parvenir à la maîtrise de sa gestion administrative et financière de façon optimale s'il ne possède pas un manuel de procédures ?
- comment l'HB pourra assurer la qualité de ses prestations s'il ne met pas en place un service d'assurance qualité ?
- comment il pourra cerner la gestion de ses clients (malades) s'il ne dispose pas de protocole de gestion des malades ?

Toutes ces questions posent indubitablement la problématique de la mise en place d'un système de contrôle interne efficace au sein de l'hôpital. L'amélioration du contrôle étant déjà la préoccupation de la direction, nous avons voulu à travers notre recherche-action, réfléchir sur le thème : « contribution à la mise en place d'un système de contrôle efficace à l'hôpital BETHESDA », afin d'apporter notre modeste contribution en proposant à la direction, des outils et techniques appropriés pour mieux maîtriser la gestion de l'hôpital.

Ainsi, pour parvenir à notre objectif, la présente étude sera structurée en deux (02) chapitres. Dans un premier temps, nous présenterons le cadre institutionnel et physique de l'étude. A ce niveau, nous restituerons les observations de stage avant de dégager la problématique de l'étude (chapitre 1^{er}).

Ensuite, nous choisirons le cadre théorique et méthodologique de notre étude. De là, nous présenterons et analyserons les résultats de notre enquête et proposerons des approches de solutions et leurs conditions de

réussite pour une bonne maîtrise de l'ensemble des sécurités de l'entreprise
(chapitre 2eme).

CHAPITRE PREMIER

**DU CADRE INSTITUTIONNEL ET
PHYSIQUE DE L'ETUDE A LA
PROBLEMATIQUE DE MISE EN PLACE
D'UN SYSTEME DE CONTROLE EFFICACE
A L'HOPITAL BETHESDA**

Dans ce premier chapitre, nous allons présenter dans un premier temps le cadre institutionnel de l'étude et faire nos observations de stage (Section 1) avant de procéder au ciblage de la problématique de l'étude (Section 2).

SECTION 1. Cadre institutionnel de l'étude et observations de stage sur les activités du service administratif de l'hôpital BETHESDA

Nous présenterons d'abord le cadre institutionnel de notre étude à savoir l'hôpital BETHESDA (Paragraphe 1), ensuite nous exposerons les observations qui ont été faites au cours dudit stage sur les activités de son service administratif (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Présentation du cadre institutionnel de l'étude : l'hôpital BETHESDA

Avant de présenter l'hôpital où s'est déroulé l'essentiel de notre stage, il importe de parler d'abord du cadre dans lequel il est un département: il s'agit de l'ONG BETHESDA.

I- Cadre institutionnel de l'étude : la direction de l'hôpital BETHESDA :

Cette présentation se fera à travers son historique, son organisation et la description des services qu'il comporte.

A-. Historique et organisation

Créé le 02 février 1990, l'hôpital BETHESDA est une formation sanitaire confessionnelle à caractère social. C'est un département de l'Organisation Non Gouvernementale BETHESDA créée par le conseil des Eglises Protestantes Evangéliques du Bénin (CEPEB) et l'Organisation Chrétienne

pour le Développement Communautaire (OCDC). Sa vision est d'aider les populations vulnérables à accéder aux soins de santé primaire, et à promouvoir les mesures préventives et curatives des maladies endémiques en milieu urbain et rural.

Son siège est à Cotonou, 8ème arrondissement, quartier Minonkpo lot 1110 Parcelles E et F. Ses sources de financement sont les dons, les subventions éventuelles des pouvoirs publics nationaux et internationaux et autres organisations nationales ou internationales, et surtout les ressources propres générées par les activités de la structure dans un but de réinvestissement.

L'Hôpital BETHESDA est une structure de référence au plan national en matière de prise en charge de toutes les affections. Il offre des soins préventifs, curatifs, adaptatifs et promotionnels au profit de la population. Membre de l'AMCES (Association Médicale Confessionnelle des Œuvres Sociales), il fonctionne en se conformant aux textes de ladite association.

En ce qui concerne son organisation, l'hôpital BETHESDA dispose de plusieurs organes de décision et de gestion qui sont :

1- l'Assemblée Générale :

Elle est l'organe suprême de l'organisation. Elle est composée des responsables des églises membres à raison de trois personnes par église dont un pasteur et deux cadres permanents pour la durée du mandat. L'AG pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration. Elle adopte la politique générale de l'organisation et délibère sur toute question ayant rapport avec l'intérêt de la structure. Elle se réunit une fois l'an en session ordinaire pour apprécier le rapport du CA et/ou pour débattre de toutes questions afférentes à l'organisation.

2- le Conseil d'Administration :

Composé de (11) membres de compétences prouvées et variées, et de disponibilité acquise, les membres du CA sont élus par l'AG dont (4) pasteurs. Ils élisent en leur sein un président pour un mandat de (4) ans renouvelable une fois. Les directeurs et le coordonnateur participent aux réunions du CA avec voix consultative. Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs pour agir au nom de l'ONG et autoriser tous actes et opérations relatifs aux visions. Il a notamment les pouvoirs suivants dont l'énumération n'est pas limitative :

- ✓ élaborer la politique générale de l'organisation en collaboration avec le coordonnateur et les directeurs des départements, en conformité avec les objectifs définis dans le plan de développement économique et social ;
- ✓ assurer la cohérence des différentes composantes de cette politique et en contrôler l'application.

3- la Coordination :

La coordination est l'organe de gestion de l'ONG. A ce titre, elle met en œuvre la politique générale de l'Organisation telle que définie par le Conseil d'Administration dont elle assure le secrétariat.

Le coordonnateur est le supérieur hiérarchique des directeurs des départements. Il veille à la légalité et à la conformité des actes émis au sein des directions des départements conformément aux dispositions statutaires et aux décisions et résolutions du CA. Il veille à l'application des tarifs de l'hôpital, il approuve les projets, apprécie le processus budgétaire et le budget avant son adoption par le CA. Le coordonnateur est nommé par le CA après un test de recrutement.

4- le commissariat aux comptes

Il est un expert comptable agréé nommé par le Conseil d'Administration. Il a l'obligation de :

- a. contrôler les comptes des départements et d'en juger la régularité ;
- b. apporter ses conseils aux acteurs des départements ;
- c. rendre compte au Conseil d'Administration.

5- le Comité de Direction :

Le comité de direction siège en deux sections : la première est celle formée du coordonnateur et des directeurs qui siège au moins une fois par mois pour apprécier et analyser l'état d'avancement des différents départements. La seconde section est celle formée du directeur de département et de quelques chefs de service qui siège au moins deux fois par mois. A l'hôpital, il se réunit les premiers et deuxièmes mercredis du mois.

6- la Commission Médicale Consultative :

C'est un creuset de concertation des médecins et des paramédicaux en vue de l'organisation et du fonctionnement des services médicaux et paramédicaux.

7- la Commission d'hygiène et de sécurité :

À l'hôpital BETHESDA, c'est le service de la surveillance générale qui fait office de la commission d'hygiène et de sécurité. Il est chargé de suivre la propreté des biens et des personnes dans leur lieu de travail.

Outre les organes de gestion, l'hôpital BETHESDA, comprend plusieurs services qui assurent la réalisation et la coordination de ses activités.

B- LES SERVICES DE L'HOPITAL BETHESDA

L'hôpital BETHESDA est composé de plusieurs services, notamment les services médicaux, les services paramédicaux, et les services administratifs.

1- les services médicaux :

Ils comprennent les services de prestations pures à savoir :

- la médecine générale ;
- la pédiatrie ;
- la chirurgie générale ;
- l'ophtalmologie ;
- la cardiologie ;
- la maternité ;
- la stomatologie ; qui sont appuyés par les services paramédicaux.

2- les services paramédicaux :

Ce sont les services auxiliaires de santé que sont :

- le laboratoire ;
- la radiologie ;
- la pharmacie ;
- et les activités sociales.

3- les services administratifs :

Les services administratifs sont au nombre de (05) cinq à savoir :

- le secrétariat administratif ;
- l'assistance administrative et GRH ;
- le service financier et comptable ;
- la surveillance générale et l'unité statistique ;
- le service SARFor ;

Notre stage s'est déroulé au service de l'administration de l'hôpital, ce qui nous a permis de savoir un peu du fonctionnement des différents services afin de mieux comprendre le système de contrôle interne mis en place dans l'hôpital.

Paragraphe 2 : Observations de stage : Etat des lieux sur les activités du service administratif.

Nous ferons cet état des lieux par rapport aux principales activités menées au service administratif de l'hôpital. Nous pourrions retenir les activités suivantes :

- la tenue de la comptabilité ;
- l'approvisionnement ;
- la gestion du magasin ;
- la gestion de la trésorerie ;
- l'assistance sociale ;
- la prestation médicale
- la gestion des services paramédicaux.

I- Etat des lieux sur l'activité de gestion de l'hôpital

A- Constat sur la tenue de la comptabilité

Ici le service de la comptabilité est chargé de l'organisation comptable, de l'enregistrement des pièces comptables et de l'édition des états financiers de l'HB. Pour tout l'hôpital, c'est seulement un seul agent qui s'occupe de cette tâche. Aussi, convient-il de noter que c'est seulement la comptabilité générale qui est tenue pour tous les services. Cet état de chose n'est que la manifestation de la **non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières** par l'hôpital.

Signalons également que le service comptabilité de l'hôpital souffre *d'une mise à disposition insuffisante de personnel pour la gestion efficiente des pièces comptables*. De plus, on constate un manque de source

d'information analytique sur la contribution de chaque service sur le rendement financier de l'HB. ***La non tenue de la comptabilité analytique*** est à l'origine de ce défaut d'outils d'information efficace.

B- constats sur l'approvisionnement

A ce niveau, nous avons noté que la gestion de l'approvisionnement est faite par une personne. La formulation des demandes d'achat des différents services est faite par le gestionnaire de stock physique. Les bons de commandes établis sont directement envoyés à des fournisseurs qu'il retient sur une liste de fournisseurs présélectionnés. Cet état de chose s'explique par la ***non mise en place d'un comité d'attribution des marchés de commande des médicaments, fournitures et consommables médicaux***. Le risque potentiel est celui de l'attribution des marchés de commande complaisante.

Aussi, retenons-nous que c'est une seule personne qui gère la section ; ce qui pourrait être un blocage en cas d'empêchement pour la célérité qu'exigent les commandes de médicaments à l'hôpital. Nous notons donc ***une gestion de l'approvisionnement par une seule personne***. Ce qui entraîne parfois des ruptures de stocks.

C- Constats sur la gestion du magasin

Notons que le magasin a de grand espace présentant toutes les caractéristiques d'un bon entreposage, d'une bonne aération et d'un bon arrangement des produits. Malgré cela, il convient de noter que le ***sous équipement en mobilier de rangement au magasin*** ne permet pas une organisation rationnelle des différents produits. Certains produits sont disposés à même le sol.

Aussi, avons-nous noté qu'au niveau de la réception des nouveaux produits achetés ou reçus, qu'aucun procès verbal n'est rempli. Ce sont

seulement le magasinier et la chargée des approvisionnements qui signent le bordereau de livraison si cela est fourni. Le problème qui se dégage est donc **le non remplissage de procès verbal de réception des biens acquis.**

D- Points sur la gestion de la trésorerie

La trésorerie est chargée de la vérification des caisses des différentes régies financières de l'HB. Elle fait le point chaque matin des recettes collectées par les différentes caisses qu'elle centralise et verse à la banque. Elle est chargée de faire les opérations de grosses ou petites dépenses. Notre constat à ce niveau est que, pour les opérations de sorties subites de fonds, **aucun bon provisoire n'est signé par le trésorier.** Il est également donné de constater que pour les caisses relais (exemple la caisse de la pharmacie maternité), la personne qui vend est en même temps la personne qui encaisse les fonds. Mettons alors en exergue **le cumul du rôle de vendeur et d'encaisseur à la pharmacie maternité et de l'ophtalmologie.** Néanmoins, saluons ici **l'informatisation de la gestion de la pharmacie et de la paie.**

E- Constats sur l'Assistance Sociale (SAR For)

Appeler Service d'Assistance psycho socio spirituel de Relation avec les institutions ecclésiastiques communautaires de bases et de formation, il s'occupe de la prise en charge psychologique, sociale et spirituelle des malades. Notons que ce **centre confessionnel à vocation sociale bénéficie de l'estime de tous les chrétiens évangéliques et aussi des non croyants.**

F- Etat des lieux sur les prestations médicales

Les services médicaux sont l'ensemble des unités prestataires de soins. A ce titre, nous avons la médecine générale, la maternité, la stomatologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la cardiologie, et la chirurgie générale. Soulignons que la présence de la quasi-totalité de ces unités

prestataires permet une **bonne fréquentation des services de l'hôpital par les populations**

Nous pouvons noter à ce niveau *la grande qualité des agents* puisqu'ils sont tous des médecins spécialisés dans leur domaine d'activité. Néanmoins, leur cadre d'activité ne répond pas entièrement aux normes requises en la matière. Ainsi nous pouvons compter trois à quatre lits dans une pièce qui ne peut en contenir normalement que deux, quand on veut respecter les conditions d'une hospitalisation décente. Il découle alors **la mise à disposition d'un cadre de travail non adéquat pour abriter les différents services.**

En ce qui concerne l'assurance des soins, il est souvent constaté que tout le matériel requis n'est pas disponible. Il en est de même des consommables médicaux qui sont souvent en rupture de stock. Il ressort alors **la rupture fréquente biens consommables et vendables.**

En outre, nous devons noter la dispersion des différents services de l'hôpital dans sa zone d'intervention. Cet état de chose crée pour les nouveaux malades une difficulté à retrouver le service qui devrait les soigner. Il est donc relevé *la dispersion des services de l'hôpital.*

Comme dans les services administratifs, **l'inexistence d'un protocole de suivi des malades** fait que les services médicaux et paramédicaux souffrent du défaut de définition des procédures devant indiquer comment les malades devront être accueillis dans l'hôpital. Malgré qu'un tel protocole soit inexistant, les autorités de l'hôpital qui se doivent de suivre la qualité des soins administrés **ne disposent même pas d'un service suffisant d'assurance qualité.**

G- Etat des lieux sur la gestion des services paramédicaux.

Les services paramédicaux sont ceux qui accompagnent les services de soins dans le centre. Ce sont à l'HB, le service de laboratoire et le

service de radiologie. Il faut noter que ces deux services sont moyennement équipés et disposent de personnel qualifié pour une prestation de qualité. Il faut noter ici que le **centre ne dispose pas d'un service d'entretien des équipements**, ce qui pourra créer des désagréments importants voire des manques à gagner pour l'entreprise.

II- Inventaire des éléments de l'état des lieux

A. inventaire des atouts (forces et opportunités)

De la restitution de nos observations de stage, nous avons pu dégager quatre (04) atouts :

- 1- Existence de personnel qualifié;
- 2- l'informatisation de la gestion de la pharmacie et de la paie;
- 3- un centre confessionnel à vocation sociale bénéficie de l'estime de tous les chrétiens évangéliques et aussi des non croyants;
- 4- la bonne fréquentation des services de l'hôpital par les populations.

B. inventaire des problèmes (faiblesses et menaces)

Sur la base de la description des constats de stage, nous avons pu dégager quatorze (14) problèmes que voici:

- 1- la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières ;
- 2- la non tenue de la comptabilité analytique;
- 3- la non mise en place d'un comité d'attribution des marchés de commande des médicaments, fournitures et consommables médicaux;
- 4- la gestion de l'approvisionnement par une seule personne;
- 5- le sous équipement en mobilier de rangement au magasin;
- 6- le non remplissage de procès verbal de réception des biens acquis ;
- 7- la non signature par le trésorier d'un bon provisoire pour les sorties urgentes de fonds

- 8- le cumul du rôle de vendeur et d'encaisseur à la pharmacie maternité et de l'ophtalmologie.
- 9- la mise à disposition d'un cadre de travail non adéquat pour abriter les différents services;
- 10- la rupture fréquente biens consommables et vendables;
- 11- la dispersion des services de l'hôpital;
- 12- l'inexistence d'un protocole de suivi des malades
- 13- non disposition d'un service suffisant d'assurance qualité;
- 14- la non disposition d'un service d'entretien des équipements.

SECTION 2. Ciblage de la problématique de l'étude

La présente section sera consacrée d'abord au choix de la problématique et à la justification du sujet (Paragraphe 1) et ensuite, à la spécification de la problématique et à la vision globale de résolution de ladite problématique (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Choix de la problématique et justification du sujet

Choisir une problématique pour notre étude, revient à exposer les différentes problématiques possibles qui se dégagent de nos observations de stage et à retenir la problématique la plus pertinente. Cela reviendrait à procéder en premier lieu, au regroupement des problèmes identifiés par centre d'intérêt afin de pouvoir dégager les problématiques possibles (A) et, ensuite, à choisir au nombre de ces problématiques, une pour notre étude et procéder à la justification du sujet (B).

I- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt :

Problématiques possibles.

Le regroupement sera présenté dans le tableau ci-après.

Tableau n°1 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Système de contrôle interne mise en place à l'hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> - la non tenue de la comptabilité analytique ; - la non mise en place d'un comité d'attribution des marchés de commande des médicaments, fournitures et consommables médicaux; - le non remplissage de procès verbal de réception des biens acquis ; - le cumul du rôle de vendeur et d'encaisseur à la pharmacie maternité et de l'ophtalmologie de magasin ; - l'inexistence d'un protocole de suivi des malades - disposition d'un service d'assurance de qualité suffisante des soins; - la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières ; 	Inefficacité du système de contrôle interne mise en place à l'hôpital.	Problématique de la mise en place d'un système de contrôle interne efficace à l'hôpital BETHESDA.
2	Gestion du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - le sous équipement en mobilier de rangement au magasin; - la mise à disposition d'un cadre de travail non adéquat pour abriter les différents services ; - la gestion de l'approvisionnement par une seule personne; 	Gestion non optimale du personnel.	Problématique d'optimisation de la gestion du personnel de l'hôpital BETHESDA.

3	Qualité des soins à l'hôpital BETHESDA	- la rupture fréquente biens consommables et vendables; - la dispersion des services de l'hôpital; - le sous équipement en mobilier de rangement au magasin; - la non disposition d'un service d'entretien des équipements.	Multiplication des sources de qualité insuffisante des soins à l'hôpital BETHESDA	Problématique d'éradication des sources de qualité insuffisante des soins à l'hôpital BETHESDA
---	--	--	---	--

SOURCE : Résultat de l'état des lieux.

Les problèmes étant inventoriés et regroupés par centre d'intérêt, et les problématiques possibles dégagées, il nous faut à présent procéder au choix de la problématique de notre étude et à sa justification.

II-. Choix de la problématique de l'étude et justification du sujet

Les problèmes identifiés lors de l'état des lieux et regroupés par centre d'intérêt laissent apparaître trois différentes problématiques importantes dans la gestion de l'HB. La direction de l'HB devrait s'atteler à apporter des solutions idoines si elle entend améliorer son système de gestion et de contrôle interne.

Notre formation d'administrateur hospitalier, nous oblige à apporter à cet ensemble de problèmes notre petite contribution en vue de la résolution de celui relatif au contrôle de la gestion de l'HB. Il apparaît que les trois problématiques identifiées tiennent compte de cet impératif.

Il s'agit de :

- Problématique de la mise en place d'un système de contrôle interne efficace à l'hôpital BETHESDA;
- Problématique d'optimisation de la gestion du personnel de l'hôpital BETHESDA;
- Problématique d'éradication des sources de qualité insuffisante des soins à l'hôpital BETHESDA.

Il adviendrait que l'HB se porterait mieux en matière de gestion et de contrôle s'il trouvait des solutions idoines ses problématiques. Mais ne pouvant nous livrer à l'exercice de résolution de toutes les préoccupations à la fois; qui est d'ailleurs fastidieux voire inopportun, nous sommes arrivés à la conclusion qu'au nombre de ces problématiques, il y en a une qui est prédominante et dont la résolution contribuerait d'une façon ou d'une autre par un effet d'entraînement, à l'amélioration de la situation de l'hôpital.

Dans cette logique, la problématique n°2 relative à l'optimisation de la gestion du personnel de l'hôpital BETHESDA nous paraît importante pour une structure de ce genre; car la santé des populations en dépend. Mais, des dernières réformes au niveau de l'hôpital, la préoccupation du personnel a été au cœur de tous les débats; ce qui a amené les premiers responsables dudit l'hôpital à instruire le spécialiste des questions de Ressources Humaines pour pallier à toutes ces insuffisances. Donc, cette problématique ne fera pas l'objet de notre étude.

Quant à la problématique n°3 relative à l'éradication des sources de qualité insuffisante des soins à l'hôpital BETHESDA, la direction du centre a déjà pris connaissance de la situation à travers des multiples plaintes des patients. Sur ce, la direction de l'hôpital de concert avec l'ONG BETHESDA, ont entrepris des mesures urgentes et les différents problèmes spécifiques rattachés au problème général sont en cours de résolutions. Donc cette problématique ne sera pas traitée.

En effet, étant donné que la maîtrise de l'entreprise est une des préoccupations de tout manager et compte tenu du fait que notre réflexion ne peut porter que sur une seule problématique, nous avons décidé de retenir dans le cadre de notre étude, cette dernière qui semble plus apte à nous aider à atteindre cet objectif. Il s'agit de celle relative à la mise en place du contrôle interne efficace à l'HB.

Rappelons que le problème général qui est lié à cette préoccupation est celui relatif à **l'inefficacité du système de contrôle interne mise en place à l'hôpital** et que les problèmes spécifiques ont pour noms :

- la non tenue de la comptabilité analytique ;
- la non mise en place d'un comité d'attribution des marchés de commande des médicaments, fournitures et consommables médicaux;
- le non remplissage de procès verbal de réception des biens acquis ;
- le cumul du rôle de vendeur et d'encaisseur à la pharmacie maternité et de l'ophtalmologie de magasin ;
- l'inexistence d'un protocole de suivi des malades
- la disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins;
- la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières

C'est donc dans le souci de participer à la résolution de cet ensemble de problèmes général et spécifiques, liés à cette problématique que nous avons choisi comme thème : **'Contribution à la mise en place d'un système de contrôle interne efficace à l'hôpital BETHESDA'**.

En effet, la maîtrise de l'entreprise résidant dans le contrôle interne, vise la réalisation d'un objectif que l'on peut décliner en :

- la protection et la sauvegarde du patrimoine y compris la détection et la prévention des fraudes et erreurs ;
- la conformité aux différents lois et règlements applicables ;
- le respect constant des règles et instructions définies par la direction ;
- la diffusion d'une information financière et comptable fiable et rapidement disponible ;

-l'amélioration des performances et l'efficacité opérationnelle.

En France la loi de sécurité financière (LSF) publiée le 2 août 2003 a reprecisé l'importance du contrôle interne en imposant la nécessité pour les dirigeants d'entreprise d'avoir une implication plus poussée en cette matière afin d'améliorer la formalisation du contrôle interne. Ce que confirme le célèbre auteur JACQUES Renard qui disait « le contrôle interne est la finalité de l'audit interne » (Théorie et Pratique de l'audit interne, éditions d'organisation, p25). Le contrôle interne est un outil qui permet à l'entreprise de prévenir les erreurs, les fraudes et les anomalies pouvant affecter l'entreprise et ses comptes. C'est pour ces raisons que nous avons voulu mettre à la disposition de la direction quelques outils et techniques pouvant lui permettre de formaliser un guide de contrôle interne efficace.

La problématique de l'étude étant choisie, et le sujet formulé et justifié, il nous reste à venir à la spécification et à la vision globale de résolution de ladite problématique.

Paragraphe 2. Spécification et vision globale de résolution de la problématique retenue.

I- Spécification de la problématique choisie.

Sachant qu'une administration ne peut être performante que lorsqu'elle prend les mesures de sa gestion, en mettant les gardes-fous nécessaires pour garantir sa propre sécurité intérieure. Cette sécurité passe à notre avis par :

- la description des règles de gestion ;
- le suivi et contrôle de la qualité des prestations ;
- la description des procédures / circuit des malades ;

- la participation effective des agents à la définition des responsabilités, à la détermination d'objectifs et à l'élaboration des plans d'action de chacun d'eux.

Cela pourrait nous conduire à éliminer les problèmes spécifiques qui ne méritent pas ou qui ne méritent plus d'être résolus.

Toutefois, les problèmes spécifiques relatifs au non remplissage de procès verbal de réception des biens acquis et au cumul du rôle de vendeur et d'encaisseur à la pharmacie maternité et de l'ophtalmologie de magasin semblent être à notre avis les éléments de manifestation de la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières. Car, ces deux problèmes spécifiques font partir des éléments d'existence de ce document au sein de la structure. Nous allons alors éliminer ces deux problèmes.

Aussi, la non mise en place d'un comité d'attribution des marchés de commande des médicaments, fournitures et consommables médicaux relevée au niveau de l'hôpital pose une préoccupation particulière: celle de la commande des médicaments. Vu la délicatesse de ce problème spécifique, les autorités du centre avouent que l'ONG BETHESDA, qui est l'organe faitière de l'hôpital prend elle mêmes ses mesures afin de garantie une commande de qualité. Donc ce problème ne sera plus abordé dans notre étude.

Enfin, la non tenue de la comptabilité analytique constatée est une préoccupation qui est déjà à sa phase d'expérimentation au niveau de l'hôpital; c'est pourquoi les effets direct peinent à être relevés.

En résumé, notre problématique sera désormais résolue à travers le problème général **de la mise en place d'un système de contrôle interne inefficace** à l'hôpital BETHESDA et les problèmes spécifiques suivants :

- l'inexistence d'un protocole de suivi des malades

- disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins;

- la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières.

II- Vision globale de résolution de la problématique spécifiée

Maintenant que les problèmes spécifiques à résoudre sont choisis, notre sujet formulé et la problématique spécifiée, il importe à présent de préciser la vision globale pouvant nous permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques retenus et par voie de conséquence le problème général identifié.

A cet effet, notre vision globale de résolution de la problématique de la mise en place d'un système de contrôle interne efficace à l'hôpital BETHESDA, sera présentée d'une part, par rapport au problème général et, d'autre part, au regard des problèmes spécifiques s'y rapportant.

Ensuite nous ferons une synthèse des approches génériques identifiées avant de décliner les différentes séquences de résolution de ladite problématique.

A- Vision globale de résolution du problème général

Rappelons que le problème général est relatif à **la mise en place d'un système de contrôle interne inefficace** et concernant ce problème, nous pouvons retenir que l'une des finalités de toute organisation ou plus précisément de toute administration est de pouvoir contrôler toutes les dimensions de sa gestion. Pour y arriver, il lui faudra nécessairement définir un cheminement, un code de conduite concernant tous les aspects maîtrisables de sa gestion.

Nous nous trouvons donc en termes d'approche générique liée au problème général, au cœur de la théorie générale du contrôle interne au sein

d'une entreprise. Mais ici nous aborderons en plus des théories classiques, la dimension cruciale du contrôle de la qualité qui est pour l'hôpital un credo et ensuite nous jetterons quelques pistes d'orientations dans le domaine du contrôle des malades quand on sait aujourd'hui que ces derniers font l'objet de détournement vers les cliniques ou cabinets gérés par les employés de l'HB. La résolution du problème général sera présentée dans les trois aspects identifiés en problèmes spécifiques.

B- Vision globale de résolution des problèmes spécifiques

1- . Approche générique liée au problème spécifique n°1

Par rapport à ce problème spécifique qui est celui de la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières, nous pouvons retenir que la conception d'un manuel de gestion requiert la réunion d'un certain nombre de processus de contrôle pour l'atteinte de cet objectif. Ainsi, il faudra voir la description des neuf principaux processus traités par les fiches de diagnostic, qui sont :

1. la direction et la gestion de l'entreprise ;
2. le processus « achats et relations avec les fournisseurs » ;
3. le processus de soins aux malades puisque dans le cas d'espèce de l'hôpital, l'activité principale est le soin aux malades ;
4. le processus « vente et relations avec les clients » ;
5. le processus « système d'information et informatique » ;
6. le processus « gestion des ressources humaines » ;
7. le processus « investissements » ;
8. le processus « trésorerie » ;
9. le processus « production de l'information comptable et financière ».

Lors de la phase de description des processus, les principales procédures de contrôle de l'entreprise ont été identifiées et décrites. Ainsi pour ce problème nous proposons l'*approche basée sur les techniques de maîtrise de l'entreprise*.

2- *Approche générique liée au problème spécifique n°2*

En ce qui concerne le problème spécifique lié à l'inexistence d'un protocole de suivi des malades, rappelons que leur entrée, leur séjour, et leur sortie de l'hôpital, nécessitent qu'on y accorde une attention particulière. Il importe de comprendre que la gestion des malades et plus particulièrement la description du circuit des malades est la seule manière de garantir à l'hôpital, la conservation ou la fidélisation des clients. En outre, nous devons nous faire comprendre que la pratique dans les grands centres hospitaliers, est le détournement des malades. Pour l'éviter, nous préconisons la description des différentes phases du circuit des malades. Le schéma que nous proposons comporte trois phases :

- l'entrée du malade ;
- le séjour du malade ;
- et la sortie du malade de l'hôpital.

La résolution de ce problème, nous amène à faire référence à *une approche basée sur la méthode d'organisation de l'accueil des malades à l'hôpital*.

3- *Approche générique liée au problème spécifique n°3*

Le problème spécifique numéro trois relatif à la disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins est d'une importance capitale, surtout quand on sait que la qualité des soins à l'hôpital est indispensable.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, une démarche qualité n'engendre pas toujours des surcoûts pour l'hôpital. Bien au contraire, la gestion de la

non qualité est de loin plus coûteuse que la promotion de la qualité. Tout dépend des options faites, du montage et de l'exécution du processus qualité au sein de la structure. Exemple : La prise en charge d'une suppuration post opératoire coûte beaucoup plus cher que les mesures banales d'asepsie et d'hygiène qui auraient été prises avant, pendant et après l'intervention chirurgicale.

Nous aborderons le sujet en quatre dimensions :

- la notion de la qualité ;
- les dimensions de la qualité des soins ;
- les indicateurs de mesure de la qualité ;
- les enjeux de la démarche qualité.

Ainsi pour résoudre ce problème, nous pensons à une approche basée sur les enjeux de la démarche qualité à l'hôpital.

C-. Synthèse des approches génériques identifiées et séquence de résolution de la problématique

1- Synthèse des approches génériques identifiées

Le tableau n°2 ci-après présente une synthèse des différentes approches de résolution des problèmes.

Tableau n°2 : Synthèse des approches génériques par problème.

<i>Problèmes spécifiques</i>	<i>Approches génériques retenues</i>
la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières	<i>Approche basée sur les techniques de maîtrise de l'entreprise</i>
l'inexistence d'un protocole de suivi des malades	<i>Approche basée sur la méthode d'organisation de l'accueil des malades à l'hôpital.</i>
disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins	<i>Approche basée sur les enjeux de la démarche qualité à l'hôpital.</i>

2- . Séquences de résolution de la problématique

Cette vision globale de résolution que nous venons de retenir peut être restituée à travers une démarche en deux grandes phases décomposées chacune en cinq (05) étapes.

Phase 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

1. Fixation des objectifs de l'étude par rapport aux problèmes en résolution ;
2. Identification des causes et formulation des hypothèses liées aux problèmes à résoudre ;
3. Construction du tableau de bord de l'étude (TBE) ;
4. Revue de littérature ;
5. Méthodologie adoptée.

Phase 2 : Diagnostic et approches de solutions

1. Collecte et traitement des données ;
2. Analyse des données et établissement du diagnostic ;
3. Approches de solutions ;
4. Conditions de mise en œuvre des solutions ;
5. Elaboration du tableau de synthèse de l'étude (TSE).

Dès lors le cadre institutionnel et physique de l'étude présenté, les observations de stage restituées, la problématique choisie et spécifiée, le sujet justifié et la vision globale de résolution de la problématique retenue indiquée, nous aborderons à présent le chapitre deuxième consacré au cadre théorique de l'étude et aux approches de solutions pour une gestion optimale de l'hôpital BETHESDA.

CHAPITRE DEUXIEME

**DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE
AUX APPROCHES DE SOLUTIONS POUR
UNE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME
DE CONTRÔLE INTERNE EFFICACE À
L'HOPITAL BETHESDA**

Ce deuxième chapitre sera consacré d'abord au cadre théorique et méthodologique de l'étude (section 1) et ensuite, aux enquêtes de vérification des hypothèses et aux approches de solutions pour la résolution de la problématique (Section 2).

SECTION1. Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Paragraphe 1. Des objectifs de l'étude à la revue de littérature

I- Fixation des objectifs de l'étude

Avant de présenter les objectifs de l'étude, il conviendrait de rappeler que le problème général à résoudre est **l'inefficacité du système de contrôle interne mise en place à l'hôpital BETHESDA** et les problèmes spécifiques associés sont :

- l'inexistence d'un protocole de suivi des malades
- la disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins;
- la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières.

A cet effet, la fixation de nos objectifs se fera en termes **d'objectif de développement et d'objectif de recherche**. Ainsi, selon le type d'objectif à fixer, nous aurons un objectif général par rapport au problème général et des objectifs spécifiques par rapport à chaque problème spécifique et enfin, nous livrerons nos attentes au terme de l'étude (résultats attendus).

A- Les objectifs de développement

La fixation de ces objectifs se fera en terme de déclaration d'intention de résolution de la problématique.

Ainsi, l'objectif général de développement poursuivi à travers cette étude est de ***contribuer à la mise en place d'un système de contrôle efficace à l'hôpital BETHEDA.***

Plus spécifiquement, les objectifs de développement à atteindre dans le cadre de cette étude sont au nombre de trois (03). Il s'agit pour le problème spécifique :

N°1 : de suggérer le contexte de disposition d'un manuel de procédure administrative et financière à l'HB (objectif spécifique de développement n°1) ;

N°2 : de proposer les modalités d'existence d'un protocole de suivi des malades (objectif spécifique de développement n°2) ;

N°3 : d'envisager les conditions de disposition d'un service d'assurance de qualité suffisante des soins à l'hôpital (objectif spécifique de développement n°3).

B- Les objectifs de recherche

Ils seront libellés en termes de déclaration d'intention de réalisation d'étude sur un problème.

Pour le problème général, il s'agira pour nous de:

- ***définir le contexte de mise en place d'un système de contrôle efficace à l'hôpital BETHEDA.***

Spécifiquement, il s'agit pour le problème spécifique :

N°1 : d'identifier le contexte de disposition d'un manuel de procédure administrative et financière à l'HB (objectif spécifique de recherche n°1) ;

N°2 : de déterminer les modalités d'existence d'un protocole de suivi des malades (objectif spécifique de recherche n°2) ;

N°3 : d'expliquer les conditions de disposition d'un service d'assurance qualité suffisante des soins à l'hôpital (objectif spécifique de recherche n°3).

C- Résultats attendus

Cette rubrique nous permettra de déclarer nos intentions liées aux attentes des problèmes en résolution.

Dans cette logique et pour le problème général, *le contexte de mise en place d'un système de contrôle efficace à l'hôpital BETHEDA est défini à la fin de l'étude.*

Spécifiquement,

- au terme de l'étude, le contexte de disposition d'un manuel de procédure administrative et financière à l'HB est identifié (résultat spécifique attendu n°1) ;
- N°2 : à l'issue de l'étude, les modalités d'existence d'un protocole de suivi des malades sont déterminés (résultat spécifique attendu n°2) ;
- N°3 : les conditions de disposition d'un service d'assurance de qualité suffisante des soins à l'hôpital sont expliquées à la fin de l'étude (résultat spécifique attendu n°3).

Les objectifs de l'étude étant fixés, nous passerons donc à l'étape de la formulation des hypothèses qui serviront de pistes de recherche en partant des causes supposées être à la base des problèmes à résoudre.

II- Identification des causes possibles/formulation des hypothèses liées aux différents problèmes en résolution et construction du tableau de bord de l'étude (TBE)

Les causes et hypothèses concernent essentiellement les niveaux d'analyse générale et spécifique et sont donc formulées à partir du problème général et des problèmes spécifiques de leur rang. D'entrée, il convient de souligner que les causes que nous présenterons à ce niveau sont des causes théoriques c'est-à-dire des causes que nous avons supposées comme étant à la base des différents problèmes. A cet effet, elles pourront

être totalement ou partiellement confirmées, ou infirmées par nos questionnaires diagnostics lié aux différents problèmes en résolution. Ces causes seront classées par ordre d'importance croissante au regard de chaque problème spécifique.

A- . Identification des causes et formulation des hypothèses

1- Causes et hypothèses liées au problème spécifique de la non disposition d'un de manuel de procédures administratives et financières

Par rapport à ce problème, nous avons identifié trois causes possibles à l'issue de nos observations. Il s'agit de :

- l'autosatisfaction ou excès de confiance aux règles usuelles mises en place pour la gestion administrative et financière de l'entreprise ;
- le manque d'intérêt pour la formulation d'un document officiel de procédures ;
- la banalisation des risques potentiels inhérents à la gestion du patrimoine de l'entreprise.

D'abord, lorsque nous retenons l'autosatisfaction ou excès de confiance aux règles usuelles mises en place pour la gestion administrative et financière de l'entreprise, cette cause paraît vraie, du moment où, si nous admettons que les autorités administratives et techniques ne sont pas ignorantes de l'importance d'un outil aussi important qu'est le manuel de procédures.

De même, par rapport à la cause de manque d'intérêt pour la formulation d'un document officiel de procédures, nous pouvons dire que c'est certainement à cause du coût de son élaboration que ce constat est fait. Sinon comment pouvait-on comprendre, qu'après vingt années d'existence, l'hôpital ne soit pas parvenu à se doter de son guide de gestion.

Pour les financiers et les corps de contrôle, le manuel est le premier document comptable de toute entreprise.

Enfin, la banalisation des risques potentiels inhérents à la gestion du patrimoine de l'entreprise vient du fait que l'on considère que l'absence de graves problèmes de gestion comme synonyme de la sécurité de ladite entreprise. Car il ne suffit pas de faire pour faire. Il faut qu'il y ait des règles préétablies pour éviter que chaque agent se prenne comme il le peut dans l'exercice de sa fonction.

C'est pourquoi, nous émettons l'hypothèse suivante :

« la non disposition d'un de manuel de procédures administrative et financière à BETHESDA est due à la banalisation des risques inhérents à la gestion et à l'autosatisfaction des dirigeants pour les mesures usuelles de gestion mises en place à l'interne ».

*2- causes et hypothèses liées au problème spécifique n°2
relatif à l'inexistence d'un protocole de suivi des malades*

Après analyse du problème lié à la gestion des malades, nous avons retenu deux raisons fondamentales qui sont à la base de cet état de chose. Il s'agit de :

- Le manque d'outils et de documents décrivant concrètement le suivi des patients
- l'absence d'objectifs pour intégrer cet aspect de la gestion de l'hôpital comme élément important de l'atteinte des objectifs globaux du centre.

Lorsque nous analysons la cause du manque d'outils et de documents décrivant concrètement le suivi des patients, elle n'apparaît pas moins plausible car, il n'existe pas de documents traçant schématiquement le circuit des malades dans le centre. Elle exprime de la part des responsables le manque d'intérêt pour l'élaboration des outils de gestion, mais elle

soulève un problème potentiel qui est celui de la désorientation des malades, le spectre dévastateur des finances des grands centres hospitaliers. Mais il faut souligner que malgré l'inexistence d'un tel document, les responsables essaient à leur manière de suivre les malades. Donc cette cause est réfutée.

Expliquer le problème lié à l'inexistence d'un protocole de suivi des malades/ de l'hôpital par l'absence d'objectifs à intégrer la gestion des malades comme moyen d'atteinte des objectifs globaux n'est pas faux. Car comme le dit FRENOT « qui a la clientèle a le marché », montre combien de fois il est important de porter une attention particulière au suivi et à l'entretien des malades. Nous n'allons pas occulter le fait que l'hôpital BETHESDA est un établissement privé qui vit sur ressources propres et seule la maîtrise des malades pourra lui procurer les ressources substantielles dont il a besoin pour le financement de son développement. Par conséquent, l'hypothèse numéro 2 relative au problème spécifique de son rang peut être libellée de la manière suivante :

« L'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital est à la base de l'inexistence de protocole de suivi des malades ».

*3- Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°3 lié la
disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante
des soins*

Les causes liées à ce problème et identifiées sont essentiellement :

- l'inopportunité pour la direction, de mettre sur pied un service de contrôle de la qualité ;
- le manque d'intérêt à prendre la mesure du contrôle de la qualité comme maillon important dans la qualité des soins.

- l'absence de compétence dans le centre à s'occuper du volet contrôle de la qualité

Vouloir retenir la cause de l'inopportunité pour la direction de l'hôpital d'instituer le contrôle de la qualité des soins n'est plus à douter. Puisque de nos observations, il nous est révélé qu'il y a deux ans que le conseil médical consultatif a fait la proposition au directeur de l'importance de la chose. Mais depuis ce temps, soulignons que des réflexions sont encourus en vue d'une expérimentation de cette alternative. Ce qui nous amène à dire que cette cause n'est pas plausible.

La seconde raison qui est celle de manque d'intérêt pour l'aspect qualité des soins, ne nous paraît pas aussi fondamentale pour expliquer la disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins. Néanmoins, il nous rapproche davantage de la cause suivante qui est celle d'absence de compétence à s'occuper véritablement de cet aspect de la gestion. Cette dernière nous paraît la raison véritable qui bloque la direction de l'HB à s'avancer sur ce terrain.

C'est pourquoi, nous émettons l'hypothèse suivante : **« la disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins à l'HB est due à l'absence d'outils et de compétence dans le centre à s'occuper de la qualité des soins. »**

4- causes et hypothèses liées au problème général

Les causes et hypothèses spécifiques n'étant rien d'autres que les manifestations de la cause et de l'hypothèse générale, nous n'avons pas trouvé une cause générique qui coiffe toutes les causes spécifiques identifiées. Nous n'avons pas pu formuler une cause générale et par conséquent, une hypothèse générale.

La problématique, les objectifs, les causes supposées être à la base des problèmes et des hypothèses y relatives sont présentés dans le tableau n°3 ci-dessous.

B- Construction du tableau de bord de l'étude

C'est le premier niveau de synthèse des indicateurs spécifiques qui permet de cerner rapidement les informations sur les principaux points de réflexion et actions de recherche menées jusqu'à la formulation de nos hypothèses de recherche.

Le tableau est présenté à la page suivante.

Tableau n°3 : Tableau de bord de l'étude : **Contribution à la mise en place d'un système de contrôle interne efficace à l'Hôpital BETHESDA.**

Niveau d'analyse	Problématique*	Objectifs de recherche	Causes supposées	Hypothèses	
Niveau Général	<u>Problème général</u> Inefficacité du système de contrôle interne mise en place à l'hôpital BETHEDA	<u>Objectif général</u> définir le contexte de mise en place d'un système de contrôle efficace à l'hôpital BETHEDA.	-	-	
Niveaux spécifiques	1	<u>Problème spécifique 1</u> non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières.	<u>Objectifs spécifique 1</u> identifier le contexte de disposition d'un manuel de procédure administrative et financière à l'HB	<u>Cause spécifique 1</u> la banalisation des risques inhérents à la gestion et à l'autosatisfaction des dirigeants pour les mesures usuelles de gestion mises en place à l'interne.	<u>Hypothèse spécifique 1</u> la non disposition d'un de manuel de procédures administratives et financière est due à la banalisation des risques inhérents à la gestion et à l'autosatisfaction des dirigeants pour les mesures usuelles de gestion mises en place à l'interne .
	2	<u>Problème spécifique 2</u> inexistence d'un protocole de suivi des malades	<u>Objectifs spécifique 2</u> déterminer les modalités d'existence d'un protocole de suivi des malades.	<u>Cause spécifique 2</u> Absence d'objectif intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital.	<u>Hypothèse spécifique 2</u> L'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital est à la base de l'inexistence de protocole de suivi des malades
	3	<u>Problème spécifique 3</u> disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante	<u>Objectifs spécifique3</u> expliquer les conditions de disposition d'un service d'assurance des soins de qualité suffisante à l'hôpital.	<u>Cause spécifique3</u> l'absence d'outils et de compétence dans le centre à s'occuper de la qualité des soins.	<u>Hypothèse spécifique3</u> la disposition d'un service d'assurance de qualité insuffisante des soins à l'HB s'explique par l'absence d'outils et de compétence dans le centre à s'occuper de la qualité des soins

* problématique de mise en place d'un système de contrôle interne efficace à l'Hôpital

Source: synthèse de nos travaux

C-. Revue de la littérature

Élément indispensable à tout travail scientifique, la revue de littérature vise à s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises à partir de la documentation mobilisée sur les problèmes identifiés. Ainsi, cet exercice se fera en prenant pour principaux repères, les racines thématiques retenues au niveau de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée. Dans cette optique, il s'agira en principe pour nous, d'exposer à travers ces thématiques, les points des connaissances liées au problème général de la gestion administrative et financière non optimale de l'hôpital BETHESDA et celles liées aux problèmes spécifiques en résolution qui sont :

- non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières. (Problème spécifique n°1)
- inexistence d'un protocole de suivi des malades;(problème spécifique n°2)
- disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante (problème spécifique n°3).

Rappelons à toutes fins utiles que dans la vision globale de résolution de la problématique spécifiée, des approches génériques précises ont été identifiées par rapport aux différents problèmes spécifiques et se présentent comme suit :

- ❖ Approche basée sur les outils d'élaboration de manuel de procédures de gestion administrative et financière (thématique liée au problème spécifique n°1) ;
- ❖ Approche basée sur la méthode d'organisation de l'accueil des malades à l'hôpital (thématique liée au problème spécifique n°2) ;
- ❖ approche basée sur les enjeux de la démarche qualité à l'hôpital (thématique liée au problème spécifique n°3).

Notons au préalable que, les points des connaissances liées aux problèmes spécifiques sont sous le couvert de la thématique du problème général qui est la théorie générale de maîtrise de la gestion de l'hôpital. Pour ce faire, seuls les points des connaissances liées aux problèmes spécifiques seront exposés.

1- **Exposé des contributions antérieures sur le problème de la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières.**

Conformément à la thématique liée à ce problème, il s'agira ici de d'identifier les théories qui annoncent les techniques d'élaboration de manuel de procédures administratives et financières.

L'objectif de toute administration, de tout manager, est de se donner tous les moyens pour que rien ne lui échappe. Ainsi, pour parvenir à cette fin, le responsable d'entreprise fixe des lignes de conduite à suivre dans un document. C'est le manuel de procédures de gestion. C'est un document qui contient les règles, les procédures et formulaires utilisés pour assurer une saine gestion des ressources. Concrètement, il répond à cinq questionnements : **QQQCP** c'est-à-dire **Qui** fait **Quoi**? **Quand**? **Comment** ? et **Pourquoi**?

Qu'est-ce qu'un manuel de procédures ?

Selon le dictionnaire universel, les procédures se définissent comme un « ensemble de règles qu'il faut appliquer strictement, de formalités auxquelles il faut se soumettre, dans une situation déterminée ».

Une procédure de gestion est donc un ensemble de règles qu'il faut appliquer strictement à des activités spécifiques en vue de prendre de bonnes décisions pour la réalisation d'un objectif déterminé.

Exemple : Pour acheter des équipements, il y a un ensemble de règles qu'il faudra appliquer strictement en vue d'atteindre les objectifs d'orthodoxie, d'efficience, et d'efficacité dans l'achat du bien ciblé.

Le manuel de procédures est un document qui répond au souci de standardisation et de normalisation des opérations. Les procédures déterminent les tâches, leur ordre et leur mode d'exécution, le personnel responsable, le champ d'action et, si possible le moment et le but.

Le but ultime des procédures est de lever les ambiguïtés pour permettre un travail cohérent, rapide et harmonieux conduisant implicitement vers la performance de l'organisation. (L.COLLINS et G.VALIN, janvier 1992. p.265)

Mais a-t-on besoin pour cela nécessairement d'un manuel de procédures ? Pourquoi ne pas se contenter seulement de bien former le personnel et de faire des notes de services ? D'où la question : Pourquoi élaborer un manuel de procédures ?

L'existence d'un manuel de procédures dans une entreprise est le premier signe extérieur d'une gestion rationnelle, saine efficace et efficiente.

Les principaux objectifs que vise le manuel de procédures sont :

- ✓ assurer la régularité des traitements des opérations ;
- ✓ améliorer la productivité ;
- ✓ augmenter la fiabilité des informations produites ;
- ✓ faciliter les opérations de contrôle ;
- ✓ faciliter la formation du personnel ;
- ✓ fournir un cadre d'exécution des opérations à caractère administratif et financier.

L'élaboration du manuel de procédures nécessite l'implication de tous les acteurs intervenants dans le système de gestion de l'entreprise.

Ainsi, dans le cas des entreprises hospitalières, elle doit regrouper les responsables administratifs, les chefs de services, chefs de division et les chefs de section de la structure. Ceci dans le but de faire l'unanimité et le consensus qu'il faudra pour sa mise en œuvre.

Son absence amène les agents soit à improviser, soit à exécuter la même opération différemment selon la compréhension des acteurs ; ce qui entraîne une inefficacité dans l'exécution des tâches. L'inexistence de cet outil dans l'entreprise a un impact négatif sur le rendement du personnel et par ricochet sur le résultat. Il est donc indispensable que l'HB dispose de cet outil de gestion qui permettra aux responsables hiérarchiques et aux agents à quelque niveau qu'ils soient, de mieux gérer le temps et de se consacrer aux tâches utiles.

2-. Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'inexistence d'un protocole de suivi des malades

Ici, la théorie n'est pas abondante. Notre référence est fondée sur les documents descriptifs de l'accueil des malades des principaux centres hospitaliers de référence au Bénin. En se référant aux documents de procédures de ces différents centres, nous tenterons d'articuler notre présentation autour des points suivants :

- l'accueil et l'orientation des malades ;
- les procédures de traitement des patients ;
- les procédures d'hospitalisation des patients ;
- les procédures de sortie des patients non guéris et guéris ;
- les procédures de sortie des patients décédés. (cours de management stratégique de M. CHIBOZO Hugues)

Quant à l'activité de l'accueil et de l'orientation des malades placée sous la supervision du service administratif et du personnel, la division gestion des malades et de l'accueil est l'interface directe entre les clients et

l'hôpital. A cet égard, les procédures développées doivent veiller à la qualité du service et à la satisfaction optimale des usagers.

Entrée du malade ;

L'entrée du malade doit être réglementée, et les horaires d'ouverture et de fermeture clairement spécifiés. Le portail d'entrée dans le centre doit être gardé fermé par un agent sécurité.

Le patient peut arriver à l'hôpital soit en procédure ordinaire, soit en procédure d'urgence (gynécologique, pédiatrique, chirurgicale).

Le malade qui arrive en procédure ordinaire, paie les frais de consultation à la caisse et reçoit deux types de reçu :

- le premier, lui est destiné et porte la mention « A »
- le second est transmis au service prestataire des soins par le patient lui-même.

Au service des soins, le malade est reçu par les agents de santé (aides-soignants) qui inscrivent les principales informations le concernant sur un carnet appêté à cet effet. Il lui prend en outre les constances : la température, le poids, la tension.

Le patient est ensuite introduit chez le médecin ou la sage-femme ou chez le spécialiste pour être consulté. A l'issue de la consultation, le médecin peut lui délivrer si nécessaire, un bulletin d'examen pour plus de diagnostics.

Le malade se présente ensuite à la caisse où il paie, la totalité de sa facture s'il est un client ordinaire. Le caissier lui délivre un reçu en deux ou trois volets selon qu'il s'agisse d'un ou de deux examens demandés. Le reçu destiné au patient récapitule tous les examens à faire. Le patient muni des reçus de la caisse et du bulletin d'examen, se présente au service réalisateur de l'examen pour être pris en charge.

Le malade reçu en *procédure d'urgence*, bénéficie de ce fait des premiers soins avant d'être orienté vers le service technique concerné où il est soumis aux examens et traitements appropriés. Le garde malade s'occupe du paiement des frais de soins et prestations.

Traitement du malade ;

Sur décision du service médical, le patient reçoit des soins externes ou est hospitalisé.

Cas des soins externes :

Après la réalisation de l'examen et suivant la consigne du médecin, le patient sort avec le reçu et laisse au spécialiste le bon d'examen. Celui-ci procède à une vérification de conformité du montant payé et l'examen demandé. Les bulletins d'examen sont classés avec les résultats au secrétariat du laboratoire par les aides-soignants au moyen du registre des examens. Le patient muni du reçu se présente dans la soirée pour retirer son résultat d'examen. Il se présente au médecin muni du résultat de l'examen effectué. Le résultat confirme ou infirme le diagnostic du médecin, qui prend les mesures qui s'imposent. Le bon de consultation à une durée de validité de 15 jours. Passé ce délai, le client est obligé de payer à nouveau les frais de consultation (manuel de procédure de l' Homel

Cas d'hospitalisation :

En cas de nécessité d'hospitalisation, le médecin délivre au patient un billet d'hôpital en un seul exemplaire. Le patient sera admis en hospitalisation soit immédiatement après la consultation ou sur rendez-vous par analyse des résultats d'examens. Sur la base de son diagnostic le médecin oriente le patient muni de son billet d'hôpital, vers le pavillon adéquat d'hospitalisation.

Au pavillon, il sera accueilli par l'aide-soignant d'accueil après avoir rempli les formalités de caisse. Avant son admission, le patient paie un

acompte de 10 jours en fonction de la grille catégorielle des frais. Pendant le séjour, les analyses sont payées au comptant (manuel de procédure d'Anastasis, p212)

Les procédures de sortie des patients guéris et des patients non guéris. A la médecine, le surveillant assure le fonctionnement des activités. Il tient le registre du malade entrant et sortant. Ce registre comporte les rubriques ci-après : N° du dossier de l'année, la date, le N° d'ordre, nom et prénoms, âge, sexe, lit, catégorie, profession, adresse, diagnostic à l'entrée, diagnostic à la sortie. Il remplit les fiches : mouvement des malades comportant les rubriques suivantes : date, catégorie, existant, entrant, total, dont transfert, sortant, évacion, présent, transfert et signature.

Le surveillant remplit la fiche de transfert de malade au cas où celui-ci est transféré. Cette fiche comporte les rubriques suivantes : service de provenance, service d'accueil, concerné, âge, admis le..., pour..., problème essentiel à l'admission, bilan effectué, traitement en cours, évolution, décision de transfert prise par..., lieu et date. En cas de transfert du malade hors du centre de traitement, le médecin rédige une lettre de transfert et le surveillant met son registre à jour.

Cas de sortie de malade contre avis médical,

Dans ce cas d'espèce, un engagement de sortie contre avis médical est signé en deux exemplaires par le malade. Une copie est remise au malade et l'autre est conservée dans le dossier médical.

Cas de décès,

L'infirmier diplômé d'Etat (IDE) fait délivrer une déclaration de décès et le médecin un certificat de cause de décès. Le corps est déposé à la morgue par les parents du patient ou par l'hôpital en cas d'absence ou de fuite des parents.

Cas de sortie normale,

Le surveillant remplit une carte de sortie comportant des renseignements afférents à l'identité du malade, groupe sanguin, rhésus, date d'entrée et de sortie, date de rendez-vous. Les chargés de recouvrement s'occupent des formalités financières, des renseignements relatifs à l'identification du malade et de la mise à jour du registre d'hospitalisation.

3-. **Exposé des contributions antérieures sur le problème disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante**

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, une démarche qualité n'engendre pas toujours des surcoûts pour l'hôpital. Bien au contraire, la gestion du non qualité est de loin plus coûteuse que la promotion de la qualité. Tout dépend des options faites, du montage et de l'exécution du processus qualité au sein de la structure.

a- **Notion de la qualité** : La définition de la qualité a fait l'objet de beaucoup de controverses au fil des temps. Pour R. HALE, si les gens ont beaucoup de mal à comprendre ce que signifie la qualité, c'est parce que, comme tous les concepts importants, elle est d'une grande simplicité. Plus loin, « On ne peut pas définir la qualité. On la reconnaît quand on la voit ». (H. MINTZBERG) La position affichée par ces auteurs traduit certainement la complexité de la notion de qualité, tantôt appréciée comme banale, tantôt considérée comme difficile à cerner (H. TCHIBOZO, 2008-2009)

Cependant, de nombreux auteurs se sont essayés à donner une définition de la qualité. L'un de ces auteurs estime que : « La qualité, c'est la capacité à satisfaire au mieux (à un instant donné, et compte tenu des impératifs économiques et des délais), les besoins des différentes

entités que sont pour l'entreprise : les clients, les utilisateurs et non utilisateurs, mais aussi les salariés et les non actionnaires » (B. LOUAPRE)

Longtemps focalisé sur les entreprises commerciales classiques, le débat sur la qualité s'est progressivement étendu aux hôpitaux, ces derniers étant de plus en plus considérés comme des « entreprises hospitalières » même s'ils produisent un bien particulier : la santé. A ce niveau, d'importantes nuances ont été apportées au concept de la qualité pour tenir compte des spécificités du marché de la santé ainsi que des exigences particulières de l'entreprise hospitalière et pour rester coller aux réalités du monde sanitaire.

Ainsi, pour l'Institute Of Médecine des Etats-Unis d'Amérique, « la qualité des soins est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles ».

- L'organisation Mondiale de la santé va plus loin en définissant la qualité des soins comme « la démarche qui doit garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Comme on le voit, cette dernière définition (celle de l'OMS) paraît complète et pertinente dans la mesure où elle intègre les dimensions et domaines de la qualité mis en relief par DONABEDIAN. (H. TCHIBOZO, 2008-2009)

b- Les dimensions de la qualité des soins : De la définition de la qualité fournie par l'OMS, il ressort que la qualité des soins intègre

plusieurs dimensions telles que : l'efficacité des soins, la compétence technique des professionnels, l'organisation des soins, le respect des normes et procédures, la satisfaction du patient, les relations « médecin-patient » et les aspects éthiques, le coût des soins, le résultat des prestations sanitaires en terme de guérison, le nombre d'années de vie gagnées, de qualité de vie etc.

De façon détaillée, les 8 principales dimensions de la qualité sont :

- Compétence
- Innocuité
- Accessibilité
- Efficacité
- Efficience
- Relation inter personnelle
- Continuité des prestations
- Satisfaction du client.

c- *Les indicateurs de mesure de la qualité* : Ces différentes dimensions permettent de déterminer, comme l'a proposé DONABEDIAN, les grandes catégories d'indicateurs de mesure de la qualité à savoir :

d- les indicateurs de structure, c'est-à-dire tout l'arsenal de soins constitué de la politique de santé, des stratégies sanitaires, du personnel, des infrastructures, des équipements, etc.

e- les indicateurs de processus, notamment la procédure de prise en charge des patients, la gestion de la trajectoire des malades au sein de l'hôpital etc.

f- les indicateurs de résultats, c'est-à-dire les conséquences des soins administrés aux patients en terme d'indicateurs de santé : le patient est-il décédé ? Est-t-il guéri de sa maladie ? ; traîne-t-il un handicap ? Etc.

g - la mise en œuvre d'un programme d'assurance qualité : il passe par :

- le processus ;
- les facteurs de succès ;
- les menaces potentielles ;
- les mécanismes de contournement des menaces.

h-le processus de réalisation de la qualité :

Plusieurs démarches sont envisageables parmi lesquelles :

- réalisation d'une enquête socio anthropologique ;
- réalisation d'un audit diagnostic en vue de mettre en relief les forces et faiblesses du système de management de l'institution ;
- création d'une cellule AQ et désignation du responsable AQ ;
- formation du responsable AQ ;
- restitution des rapports de l'étude socio anthropologique et de l'audit diagnostic à tous les animateurs de l'institution ;
- élaboration du programme AQ suivant les recommandations de l'étude socio anthropologique et de l'audit diagnostic ;
- mise sur pied d'un comité de suivi de l'exécution du programme ou d'équipes AQ dans chaque entité de l'institution (identification des points focaux) ;
- évaluations périodiques – réorientations – corrections etc.

i- les facteurs de succès :

- l'engagement explicite des responsables (Direction, Comité de pilotage/RQ, Pilotes processus) ;
- l'implication de tous les acteurs ;
- le client, raison d'être de la démarche ;
- la progressivité et la structuration de la démarche ;
- l'adéquation des moyens aux objectifs ;

- la communication interne ;
- le développement des compétences et la formation (nécessaire adéquation entre la fonction Ressources Humaines et la fonction Qualité);
- suivi régulier des indicateurs qualité (performance et maîtrise);
- historique des audits (internes et externes) ;
- suivi des actions correctives et préventives (Revue de Direction).

j.- les facteurs potentiels, sources de blocage :

- initiative au niveau opérationnel du système entraînant un risque de disparition ou de contestation du processus si le manager change ;
- résistances de la part des acteurs (tendance naturelle à résister au changement).
- difficultés relatives à l'acquisition de la nouvelle culture qualité/ liées au changement de comportement souhaité :

*réticence ou incrédulité du personnel au début de la mise en place du projet ;

*surplus de travail relatif :

- à l'élaboration des différents documents qualité, et surtout au suivi permanent des activités des agents afin d'assurer l'amélioration continue ;
- à la période de saturation ;
- au comportement de relâchement ou de découragement ;

k.- les mécanismes de contournement :

- prise en compte de la démarche au niveau stratégique, par ex : niveau central du système (le Directeur, les chefs services de l'hôpital etc.)
- faire participer tous les acteurs à toutes les étapes du processus ;
- faire preuve de méthode, de patience, de persévérance et d'abnégation.

l.- Les enjeux de la démarche qualité :

- donner confiance aux clients (fidélisation de la clientèle)

- mobiliser l'ensemble du personnel vers un objectif commun d'amélioration continue
- cohésion et développement culture qualité
- sentiment d'appartenance
- renforcer l'image externe et interne de la structure
- améliorer les indicateurs de santé (taux de mortalité, taux de morbidité)...
- donner aux dirigeants un instrument de développement durable de leur structure (Economie- environnement- social):
 - maîtrise des risques
 - maîtrise de la performance / maîtrise de nouveaux facteurs clés de succès (développement durable).

Paragraphe 2. Approches théoriques et dimension

empirique retenues : Méthodologie adoptée

Elle est fondamentalement basée sur les dimensions théoriques. La dimension empirique, qui s'appuie exclusivement sur l'observation de terrain nous a servi de fond pour la confirmation des réponses du questionnaire de sondage.

I - Dimension empirique.

L'approche empirique est celle qui se base sur les données observées et vérifiées sur le terrain. A la différence de la dimension théorique, dans le cadre de notre travail de recherche, l'option de sondage par l'intermédiaire des questionnaires de processus nous a permis de parcourir les différents aspects de la problématique visée. Ainsi, notre approche recouvre les étapes suivantes :

- objectif de la collecte des données ;
- cadre du sondage et population ciblée ;

- nature de la collecte des données ;
- échantillonnage ;
- spécification des données à mobiliser ;
- technique de dépouillement des données ;
 - outils de présentation des données.

1. Objectifs de la collecte des données.

L'objectif poursuivi par notre sondage est de mobiliser les données relatives aux causes réelles qui fondent les problèmes identifiés afin de procéder à la vérification de nos hypothèses. Concrètement donc, les sondages nous permettront de voir si :

- la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financière est due à la banalisation des risques inhérents à la gestion et à l'autosatisfaction des dirigeants pour les mesures usuelles de gestion mises en place à l'interne ;
- l'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital est à la base de l'inexistence de protocole de suivi des malades;
- la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante à l'HB s'explique par l'absence d'outils et de compétence dans le centre à s'occuper de la qualité des soins

2. Cadre de l'enquête et population ciblée

Le cadre de notre étude sera la Direction de l'hôpital BETHESDA sise à Minonkpo à sainte Rita à travers ses services administratifs, services médicaux, para médicaux. La population mère sera composée du personnel administratif élargi aux chefs de service et chefs de division ; soit environ 50 agents.

3. Nature de la collecte des données

Pour vérifier les hypothèses émises, nous utiliserons la technique du sondage comme procédé de collecte des données. Ce sondage sera réalisé au moyen d'un questionnaire. Nous nous baserons aussi sur des entretiens directs avec certains responsables.

Le questionnaire s'articulera autour des grands axes de nos préoccupations que sont les variables à expliquer à savoir : l'absence de manuel de procédures administratives et financières ; l'absence de manuel de suivi des malades et le défaut de protocole d'assurance qualité des soins à l'hôpital BETHESDA.

Les entretiens réalisés avec quelques agents, nous permettront de recueillir des informations complémentaires et d'échanger des idées sur la pratique sécuritaire de la gestion de l'hôpital.

4. Echantillonnage

Le questionnaire sera administré à un échantillon de 50 agents administratifs et médicaux prélevés sur l'ensemble du personnel de l'hôpital.

5. Spécification des données à mobiliser

Les données à mobiliser à travers nos enquêtes concerneront :

- l'appréciation des enquêtés par rapport à la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières ;
- l'appréciation des enquêtés par rapport à l'inexistence d'un protocole de suivi des malades dans l'hôpital ;
- la justification que les enquêtés donnent à la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante

6. Conception du questionnaire.

Le questionnaire est conçu exclusivement par rapport aux problèmes spécifiques identifiés au cours de notre étude. Retenons à cet effet, que

nous n'avons formulé que des questions fondamentales dont les réponses nous permettront de vérifier les hypothèses. Il n'y a donc pas de question de recoupement.

Ainsi, ces questions fondamentales sont libellées comme suit (en annexe 2).

7. Technique de dépouillement des données

Les données recueillies à la suite de cette enquête seront dépouillées manuellement. Quant à leur traitement, nous aurons recours en ce qui concerne les données numériques, au tableau Excel pour déterminer les pourcentages afin de les comparer à nos seuils de décisions et en tirer les conclusions qui s'imposent.

8. Outils de présentation des données

Les résultats obtenus seront présentés suivant les méthodes des tris à plats afin de vérifier les hypothèses et leur représentation graphique se fera sous la forme d'histogramme.

II- Dimensions théoriques de la méthodologie adoptée

Ici nous procéderons aux choix théoriques liés aux différents problèmes spécifiques.

A- Choix théorique lié au problème de la non disposition de manuel de procédures administratives et financières.

1- Présentation de la théorie

La théorie qui sera finalement retenue pour analyser le problème de l'absence de manuel de procédures administratives et financières à l'hôpital BETHESDA de Cotonou est celle de J. RENARD « qui suggère les outils et méthode d'évaluation du contrôle interne et déjà mentionné dans la revue de littérature.

2- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à la non disposition de manuel de procédures administratives et financières.

Rappelons d'abord que pour ce problème, la question fondamentale qui le concerne est la question n° 1 du questionnaire libellée de la façon suivante :

• ***Qu'est-ce qui selon vous explique la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières à l'hôpital BETHESDA ?***

- l'autosatisfaction ou excès de confiance aux règles usuelles mises en place pour la gestion administrative et financière de l'entreprise ; .?
- le manque d'intérêt pour la formulation d'un document officiel de procédures ?
- la banalisation des risques potentiels inhérents à la gestion du patrimoine de l'entreprise confection ?
- autres (à préciser).....

Cette question posée comporte trois (03) items spécifiés.

Vu l'importance que revêt ce problème spécifique dans la maîtrise et/ou la gestion optimale de l'entreprise, nous pensons le résoudre en faisant notre la logique selon laquelle, toutes les causes qui se révéleraient à l'origine du problème d'absence de manuel de procédures administratives et financières seront retenues. En tout état de cause, sera maintenu, l'item qui aura un poids différent de zéro (0%) afin d'éradiquer une fois pour toute le problème de manuel.

B- Choix théorique lié au problème d'inexistence de protocole de suivi
des malades à l'hôpital BETHESDA

1- Présentation de la théorie retenue

Pour apporter la solution à ce problème d'inexistence de protocole de suivi des malades dans l'HB, nous retiendrons l'approche théorique de la pratique positive déjà en vigueur dans certains centres hospitaliers de référence au Bénin. Tels le cas de l'hôpital de la mère et de l'enfant (HOMEL), le centre de santé confessionnel ANASTASIS etc. dont les exemples ont été cités dans la revue de littérature.

2- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée au
problème d'absence de manuel de gestion des malades à l'hôpital
BETHESDA.

La question fondamentale qui concerne ce problème est la question n°2 du questionnaire et est formulée de la façon suivante :

Selon vous qu'est-ce qui explique l'inexistence de protocole de suivi des malades à l'hôpital BETHESDA ?

- Le manque d'outils et de documents décrivant concrètement le suivi des patients ?
- l'absence d'objectifs pour intégrer cet aspect de la gestion de l'hôpital comme élément important de l'atteinte des objectifs globaux du centre ?
- (à préciser).....

Par rapport au seuil de décision il sera retenu tout item dont le poids serait le plus élevé.

C- Choix théorique lié au problème de disposition d'un service
d'assurance de soins de qualité insuffisante

1- Présentation de la théorie retenue

L'approche théorique retenue pour analyser le problème de l'inexistence de manuel de contrôle de la qualité sera celle prônée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé et entériné par le Ministère de la Santé de la République du Bénin et celle développée par DONABEDIAN.

2- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à la
disposition d'un service d'assurance des soins de qualité
insuffisante à l'hôpital BETHESDA.

La question fondamentale qui concerne ce problème est la question n°3 du questionnaire que nous libellons de la manière suivante :

• ***Qu'est-ce qui selon vous explique l'inexistence de manuel
d'assurance qualité des soins à l'hôpital BETHESDA ?***

- l'inopportunité pour la direction, de mettre sur pied un service de contrôle de la qualité ?
- le manque d'intérêt à prendre la mesure du contrôle de la qualité comme maillon important dans la qualité des soins ?
- l'absence de compétence dans le centre à s'occuper du volet contrôle de la qualité ?
- (à préciser).....

Cette question posée comporte trois (03) items spécifiés.

A voir l'importance que revêt ce problème de gestion de la qualité dans l'atteinte des résultats de l'hôpital, nous pensons résoudre cette question en faisant notre, la logique selon laquelle, tout apport relatif à l'origine du problème est considéré comme pertinent. En tout état de cause, sera maintenu l'item qui aura une valeur autre que nulle (0%).

SECTION 2. Des enquêtes de vérification

des hypothèses aux suggestions pour la mise en place d'un système de contrôle efficace à l'HB.

Paragraphe 1 : Enquêtes et vérification des hypothèses

I- Collecte ; difficultés rencontrées et limites des données

A. Préparation et réalisation des enquêtes

Cette rubrique est la suite logique de celle réalisée au niveau de la conception de notre questionnaire dans la phase « dimensions théoriques ». Pour ce faire, il conviendrait de rappeler que l'échantillon sur lequel se basera la mobilisation des données de l'enquête est de 50 agents pris dans les secteurs de l'administration communément appelés ici (staff administratif). Néanmoins, il conviendrait de préciser que des entretiens directs ont été faits avec certains agents compte tenu du poste qu'ils occupent, ceci dans le but de conforter les révélations de l'enquête.

Pour l'élaboration du questionnaire, nous avons veillé à ce qu'une seule question soit posée par problème spécifique.

S'agissant de la réalisation même de l'enquête, elle s'est effectuée du 19 au 30 octobre 2009 à la direction de l'hôpital BETHESDA.

B- Difficultés rencontrées et limites des données

En termes de difficultés, celles rencontrées n'ont en rien entamées les données recueillies. Elles n'expliquent que les limites de ces informations. La première difficulté réside dans le fait que certains enquêtés se sont montrés réticents à nous parler ou à nous fournir des renseignements afférents à notre questionnaire, bien que nous étions porteurs d'une lettre de recommandation du directeur pour la circonstance.

La deuxième difficulté réside dans l'organisation du travail à l'hôpital, qui ne libère le soignant que lorsqu'il n'y a plus de malades en attente. Ceci nous a amené à attendre plusieurs jours avant de contacter certains médecins.

Autres difficultés majeures rencontrées est la perception difficile des problèmes posés par les enquêtés. En effet, le niveau intellectuel de certains ne leur a pas permis de percevoir la quintessence des sujets en résolution.

II.- Présentation/analyse des résultats de l'enquête et vérification des hypothèses

A. Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Les résultats des enquêtes réalisées seront présentés et analysés en tenant compte de chacun des problèmes spécifiques en résolution.

1. Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à la non disposition de manuel de procédures administratives et financières.

Il convient ici avant de présenter les résultats, de souligner que sur 50 questionnaires distribués, seulement 37 ont été récupérés et 31 ont pu être exploités, soit respectivement un taux de 74 % et 62 % de l'échantillon (cf. tableau n° 08 annexe 03).

Les questionnaires non exploitables tiennent au fait que les intéressés ont coché plus d'une case par question. Ce qui nous permet de rappeler que notre préoccupation essentielle ici, est de comprendre ce qui fondamentalement explique la non disposition de manuel de procédures administratives et financières. Par rapport à cette question, les résultats obtenus se présentent ainsi qu'il suit :

- 25 personnes soit 81 % ont répondu que la non disposition de manuel de procédures administratives et financières est due au manque d'intérêt des dirigeants à l'élaboration de l'outil ; 04 personnes soit

13 % ont indexé l'absence de ressources financières alors que pour les 02 personnes restantes soit 06 % la cause serait l'ignorance des responsables de l'importance de l'outil.

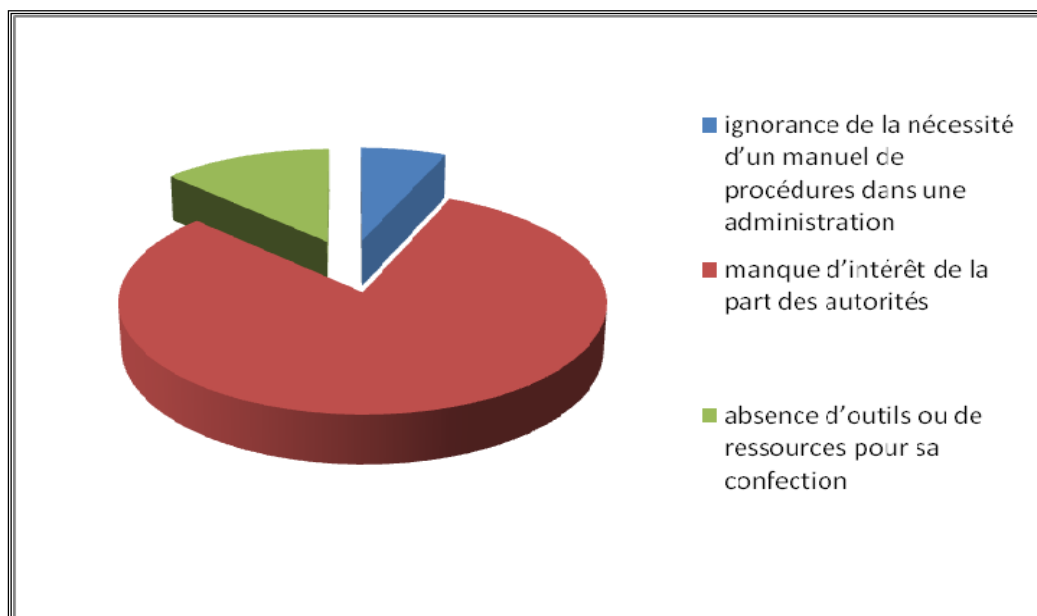
Ces résultats sont compilés dans le tableau n°3 ci-dessus et représentés par un graphique à secteur.

Tableau n°4 : Point des réponses à la question n° 1

Modalités	Nombre d'observations	Fréquences relatives
- ignorance de la nécessité d'un manuel de procédures dans une administration	.....02	06 %
- manque d'intérêt de la part des autorités .....	.....25	81 %
- absence d'outils ou de ressources financières pour sa confection.	.....04	13 %
TOTAL.....	.....31	100%

Source : Question n° 1 : *Qu'est-ce qui selon vous explique la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières à l'hôpital BETHESDA ?*

Graphique n°1 : Cause du non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières à l'HB.



De l'analyse de ces données recueillies sur cette préoccupation, il ressort que ces assertions constituent les causes fondamentales liées au problème spécifique n° 1.

2. Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à l'inexistence d'un protocole de suivi des malades.

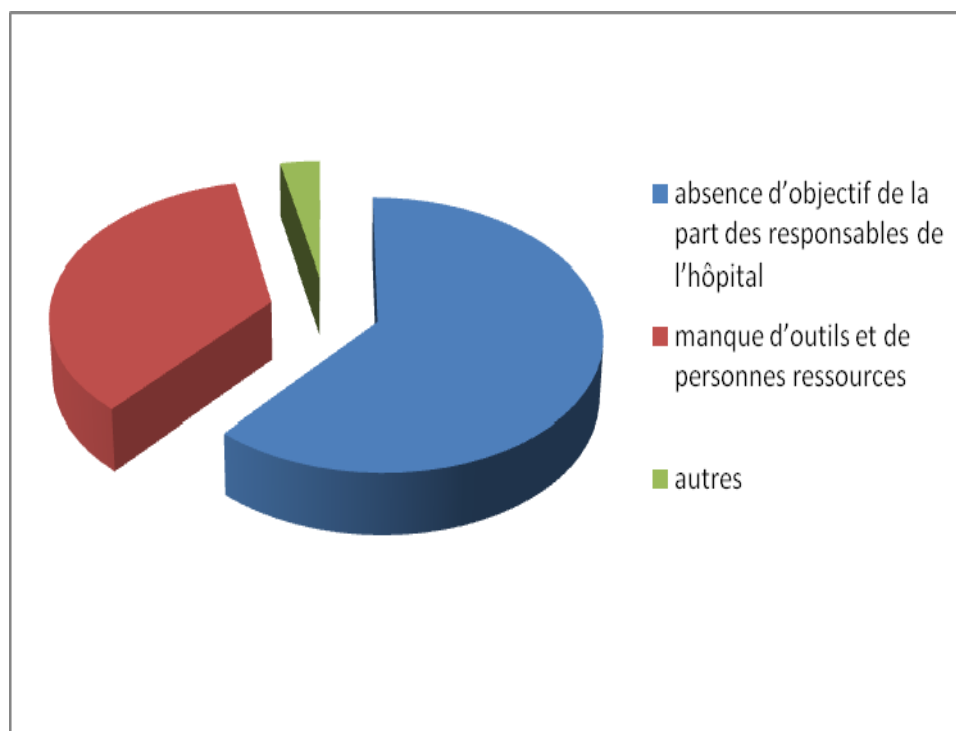
A la question de savoir ce qui pourrait être la cause de l'inexistence d'un protocole de suivi des malades 19 personnes soit 61 % ont avancé la raison de l'absence d'objectif que nous avions supposée. Pour ceux-là, c'est parce que la direction n'a pas d'objectif par rapport à cela qu'elle ne s'en est plus dotée. Dans le même sillage, 11 personnes soit 36 % ont trouvé que le manque d'outils et de personnes ressources qualifiées en est la cause. Ce que nous approuvons aussi, car de nos entretiens directs, certains agents, ont eu à affirmer cela.

Tableau n° 5 : Point des réponses à la question n°2

Modalités	Nombre d'observations	Fréquences relatives
- absence d'objectif de la part des responsables de l'hôpital.....	.....19	61 %
- manque d'outils et de personnes ressources.....	.....11	36 %
- autres .....	.....01	03 %
TOTAL.....	.....31	100%

Source : Question n° 2 : *Selon vous qu'est-ce qui explique l'inexistence d'un protocole de suivi des malades ?*

Graphique n° 2 : Présentation des causes liées à l'inexistence d'un protocole de suivi des malades



A l'analyse des résultats, on peut conclure que l'absence d'objectif des autorités intégrant l'aspect gestion des malades à l'atteinte du résultat global de l'hôpital, est la cause la plus pointueuse avec **61 %**. Le manque d'outil et de personnes ressources en est la seconde cause avec 11 personnes sur 31 enquêtées, soit un taux de **36 %**. Alors que 3 % de l'échantillon sont sans option.*

3-. Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante.

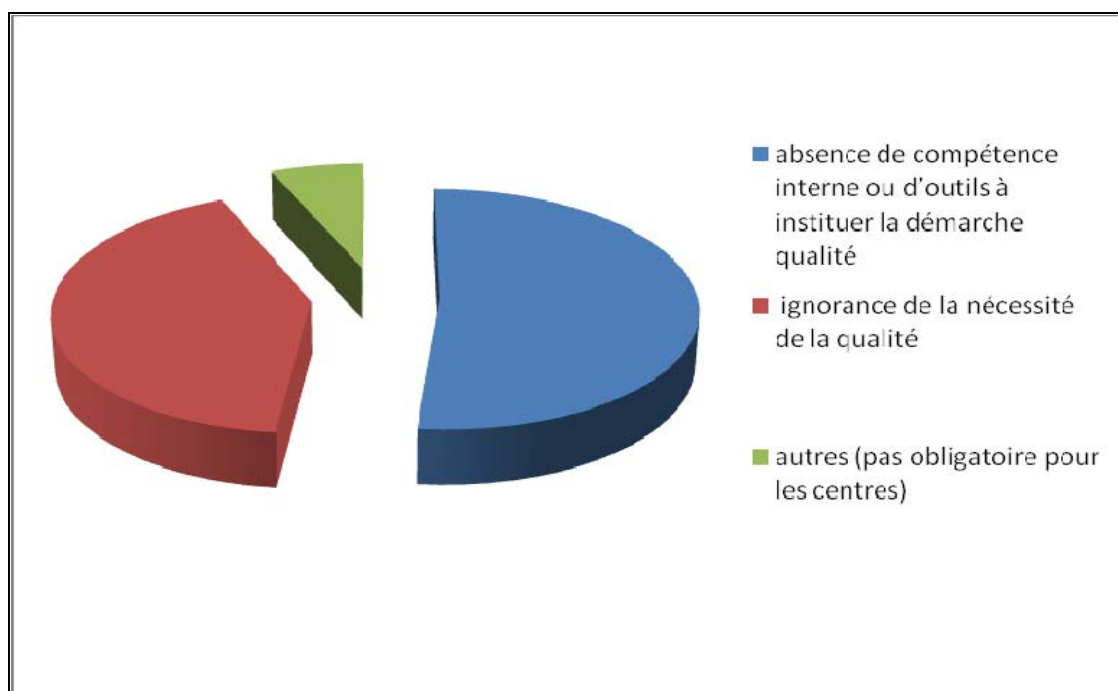
De l'analyse des réponses à cette question, on peut conclure que la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante est due plusieurs causes. A l'enquête, 16 personnes sur 31 soit 52 % ont doigté cette cause comme la plus plausible. 13 personnes soit 42 % ont plutôt indexé l'ignorance de la nécessité qualité, et 02 personnes sont sans opinion. Selon ces dernières, il n'y a pas d'obligation faite aux unités sanitaires à instituer la démarche qualité.

Tableau n° 6 : Point des réponses à la question n° 3.

Modalités	Nombre d'observations	Fréquences relatives
- absence de compétence interne ou d'outils à instituer la démarche qualité	.....16	52 %
- ignorance de la nécessité de la qualité	.....13	42 %
- autres (pas obligatoire pour les centres)	.....02	06 %
TOTAL.....	.....31	100%

Source : Question n° 2 : *Qu'est-ce qui selon vous explique la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante s à l'hôpital BETHESDA ?*

Graphique n°3 : Présentation des causes liées à la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante



B. Vérification des hypothèses et élaboration du diagnostic

1. Vérification des hypothèses

La vérification consiste à confronter ou à apprécier le degré de validité des hypothèses à partir de l'analyse des données d'enquête pour enfin établir le diagnostic. Ainsi, nous procéderions hypothèse par hypothèse.

a). Degré de vérification de l'hypothèse n° 1

Pour éradiquer la ou les causes se trouvant à la base du problème de l'absence de manuel de procédures administratives et financières, nous avons fixé comme seuil de décision que tout item qui aura un poids différent de zéro 0% sera maintenu.

Les données quantitatives qui ont servi de base à notre analyse ont révélé que l'absence de manuel de procédures administratives et financières est due :

- à l'ignorance de la nécessité d'un manuel de procédures dans une administration : 06 % ;
- au manque d'intérêt de la part des autorités : 81% ;
- à l'absence d'outils ou de ressources pour sa confection : 13 %.

De ce qui précède, on se rend compte que tous les items ont un poids différent de zéro 0 %. Dans ces conditions, **l'hypothèse n° 1 selon laquelle la non disposition d'un manuel de procédures administratives et financière est due à la banalisation des risques inhérents à la gestion et à l'autosatisfaction des dirigeants pour les mesures usuelles de gestion mises en place à l'interne est partiellement vérifiée**, puisque en dehors de l'une des causes supposées , deux autres causes se trouvent t être la cause du même problème.

b). Degré de vérification de l'hypothèse n°2

Par rapport au seuil de décision qui est que tout item dont le poids serait le plus élevé sera maintenu, les données quantitatives issues des enquêtes se résument comme suit :

- absence de critère d'objectif de la part des responsables de l'hôpital: 61 % ;
- manque d'outils et de personnes ressources : 36 % ;
- autres ; 03 %.

La cause primordiale selon notre seuil de vérification se trouve être l'absence de critère d'objectif de la part des responsables de l'hôpital. Donc l'hypothèse selon laquelle **l'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital est à la base de l'inexistence de protocole de suivi des malades est totalement vérifiée.**

c). Degré de vérification de l'hypothèse n° 3

Pour détecter la ou les solutions se trouvent à la base du problème de la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante, nous avons fixé comme seuil de décision que tout item de poids supérieur à 0% sera retenu.

Les données quantitatives qui ont servi à notre analyse ont révélé que la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante est due :

- à l'absence de compétence interne ou d'outils à instituer la démarche qualité : 52 % ;
- à l'ignorance de la nécessité d'assurance qualité : 42 % ;
- aux autres (pas obligatoire pour les centres) : 06 %.

Il ressort de qui précède que tous les items ont réuni un poids différent de zéro. Dans ces conditions, **l'hypothèse n°3 se trouve partiellement vérifiée** puisqu' au-delà de la cause supposée, deux autres causes entraînent également le problème.

2. Etablissement du diagnostic

a). Elément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°1

La vérification partielle de l'hypothèse n° 1 nous permet de retenir définitivement que **l'ignorance de la nécessité d'un manuel de procédures dans une administration, le manque d'intérêt de la part des autorités et l'absence d'outils ou de ressources financières pour sa confection sont les causes de la non disposition de manuel de procédures administratives et financières à l'hôpital BETHESDA.**

b). Elément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n° 2

Suite à la vérification totale de l'hypothèse n°2 nous établissons que **l'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des**

résultats globaux de l'hôpital est à la base de l'inexistence de protocole de suivi des malades.

c). Elément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°3

A travers les données quantitatives de l'enquête ayant révélé la vérification partielle de l'hypothèse n°3, nous retenons définitivement que **la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante s'explique l'absence de compétence interne ou d'outils à instituer la démarche qualité et l'ignorance de la nécessité de la qualité**

Une fois les causes réelles se trouvant à la base des problèmes spécifiques connues et le diagnostic établi, il nous faut à présent proposer les conditions d'éradication de ces causes afin d'aboutir à notre objectif général.

Paragraphe 2. Approches de solutions et conditions de mise en oeuvre

Retenons ici que notre objectif général est de suggérer quelques critères ou paramètres de mise en route d'un système de contrôle pouvant permettre à la direction de l'hôpital, de bien sécuriser le patrimoine de l'établissement. C'est pour cette raison que nous avons fixé des objectifs spécifiques liés aux problèmes spécifiques pour lesquels les causes supposées nous ont conduits à formuler des hypothèses. La vérification de ces hypothèses à travers l'analyse des données recueillies sur le terrain nous a permis de retenir des éléments de diagnostic. A partir de ces derniers, nous pourrions proposer des approches de solutions et fixer les conditions de mise en oeuvre pour un contrôle efficace à l'hôpital BETHESDA.

I- Approches de solutions

Apporter des solutions à un problème, c'est suggérer les conditions objectives d'éradication des causes réelles se trouvant à la base de ce problème en ne perdant pas de vue, les objectifs retenus. Il s'agit en fait de renforcer les forces et d'enrayer les faiblesses. Dans cette optique, nous proposerons les solutions qui permettront l'éradication des différentes causes à la base de chaque problème spécifique et par ricochet, conduiront à la résolution dudit problème.

A- Approches de solutions au problème de non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières.

Le diagnostic établi révèle que ce problème est dû à l'ignorance de la nécessité d'un manuel de procédures dans une administration, le manque d'intérêt de la part des autorités et l'absence d'outils ou de ressources financières pour sa confection. Résoudre donc ce problème revient à proposer à la direction, les objectifs qui sont attachés à un manuel de procédures, les différents aspects et les types de contrôle auxquels il aboutit.

L'importance d'un manuel de procédures pour les hôpitaux n'est plus à démontrer. En effet, de par leur nature, ces derniers sont appelés à exécuter des opérations dont le cycle (les étapes à suivre pour leurs réalisations), doit être scrupuleusement respecté, de crainte que le fonctionnement normal de toute une entreprise ne soit désarticulé. De manière générale, un manuel de procédures a pour but d'améliorer le fonctionnement de l'activité et permet notamment :

- de définir les étapes à suivre dans l'exécution des activités principales ;

- de tracer les filières que devront emprunter les pièces justificatives tant internes qu'externes ainsi que le cycle idéal pour la réalisation des travaux comptables ;
- de définir les attributions dévolues aux différents schémas proposés à chaque étape d'exécution des opérations ;
- de connaître les outils dont doivent disposer les intervenants chargés d'exécuter les opérations ;
- d'identifier les types de contrôle fondamentaux à effectuer a priori ou a posteriori : Contrôle journalier, hebdomadaire, mensuel ou annuel : auto – contrôle, contrôle hiérarchique, audits interne et externe et l'inspection ;
- d'indiquer, pour les procédures administratives, les responsabilités dans l'engagement de l'hôpital, le schéma de traitement des dossiers et les modalités de gestion des ressources humaines.

Le manuel de procédures constitue un excellent et indispensable instrument de travail dont les organisations doivent se servir pour asseoir une gestion saine et transparente et ainsi assurer la pérennité de leurs institutions respectives.

Aussi le manuel de procédures fixe-t-il les critères d'analyse des comptes de l'entreprise. A ce propos, nous suggérons en annexe un exemple de fiche d'analyse des comptes pour l'hôpital (**voir annexe 4**).

Notons enfin qu'aucune procédure de gestion à l'hôpital ne saurait être efficace si elle ne tient compte de l'aspect gestion/suivi des malades.

B-). Approches de solutions au problème d'existence d'un protocole de suivi de malades

L'importance de la résolution de ce problème spécifique réside dans le fait que la plupart des hôpitaux souffrent de problèmes de désorientation.

C'est un phénomène nouveau qui paraît épineux dans la gestion. De nos jours, les agents intervenant dans les centres de santé, ont pour la plupart un cabinet privé géré par eux-mêmes ou par personne interposée, auxquels ils orientent les malades. C'est ce qui favorise la montée du fait incriminé qui est le vol de malades. Pour y remédier, l'hôpital BETHESDA devra prendre les mesures nécessaires pour mettre les gardes fous nécessaires pour empêcher les agents indéliçats auteurs de ces forfaitures. De notre part, un début de solution serait que les centres de santé se dotent de documents décrivant clairement et spécifiquement le processus que le malade doit suivre une fois entré dans l'enceinte de l'hôpital. Ceci permettra aux patients de ne plus s'adonner à la relation de parrainage agent-patient, qui est le creuset des invitations extérieures, c'est-à-dire les détournements dont ils sont l'objet.

Considérant que l'une des raisons de cette déviance, est la recherche de gains complémentaires, nous suggérerions à la direction de l'hôpital d'améliorer la grille de rémunération des agents afin de les empêcher de continuer dans cette pratique.

Bien que le phénomène ne soit pas encore trop prononcé à Béthesda, que la direction prenne des mesures pour sécuriser la gestion des malades, surtout que les services de l'hôpital sont dispersés sur plusieurs sites.

Certains spécialistes rencontrés ont trouvé que la raison se trouve également dans la précarité des emplois dans les centres privés. Par contre pour d'autres, le phénomène peut s'expliquer par l'insuffisance de matériels adéquats dans le centre, qui ne leur permettrait pas un travail épanoui.

De ce qui précède, nous proposerions à la direction de prendre toute la mesure nécessaire pour garantir l'emploi aux agents et aussi de mettre à

leur disposition des outils de travail adéquats au fin de les maintenir en poste.

Parlant de suivi des malades, cela ne s'aurait être exhaustif si nous n'abordions pas l'aspect qualité des soins.

C- Approches de solutions au problème de disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante

La définition de la qualité a fait l'objet de beaucoup de controverses au fil des temps. Pour R. HALE, si les gens ont beaucoup de mal à comprendre ce que signifie la qualité, c'est parce que, comme tous les concepts importants, elle est d'une grande simplicité. Henri MINTZBERG va plus loin en indiquant : « On ne peut pas définir la qualité. On la reconnaît quand on la voit ». La position affichée par ces auteurs traduit certainement la complexité de la notion de qualité, tantôt appréciée comme banale, tantôt considérée comme difficile à cerner.

La qualité étant l'étape ou sommet de la perfection, nous suggérerions à la direction de l'hôpital les trois étapes suivantes pour la mise en œuvre de la démarche qualité. Un concept fort, un noble art, elle se prépare en trois étapes :

- prise de décision ;
- préparation ;
- réalisation.

La prise de la décision de la démarche qualité :

Ici, la volonté des dirigeants doit être manifeste. Un engagement est nécessaire de la part des responsables. Ensuite il faut procéder à l'audit diagnostic de l'existant c'est-à-dire réaliser un état des lieux en mettant en exergue :

- les points forts ;
- les actes d'amélioration ;

- faire un plan de mise en œuvre de la démarche qualité.

Après le diagnostic, il faudra définir les objectifs de qualité voulus par la direction.

La préparation du plan de mise en œuvre de la démarche qualité :

A cette étape, la direction devra :

- communiquer, sensibiliser tout le personnel à adhérer à la démarche ;
- désigner et mettre en place l'équipe projet (Responsable qualité, Equipe de pilotage) ;
- élaborer le projet de programme qualité ;
- former les différents acteurs ;
- élaborer le plan d'action de la mise en place.

La réalisation du plan démarche qualité

La mise en œuvre de façon concrète de plan d'action élaboré, passe nécessairement par l'implication obligatoire des acteurs dans :

- élaboration des objectifs opérationnels ;
- cartographie des processus / identification des pilotes ;
- processus métiers identifiés (processus clés) ;
- processus supports ou périphériques ;
- élaboration du manuel d'assurance qualité et documents obligatoires ;
- mesure les résultats et planifie les actions futures ;
- suivi des (audits internes, revue de Direction) ;
- analyse (structure écoute clients ; enquêtes, traitement des réclamations clients, questionnaires...)
- mettre en œuvre le principe d'amélioration continue.

Toute chose étant égale par ailleurs, nous retenons que la démarche qualité est le paramètre qui détermine la fidélité des patients à l'hôpital.

II.- Conditions de mise en œuvre des solutions et construction du tableau de synthèse de l'étude

A- Conditions de mise en œuvre

Les solutions proposées ne peuvent en aucune manière résoudre d'elles-mêmes les problèmes. Il faut en effet qu'un certain nombre de conditions soient remplies pour qu'elles aboutissent à leur finalité : ce sont les conditions de mise en œuvre ou de réussite. Nous ferons des recommandations à l'endroit de la direction de l'hôpital BETHESDA et à l'endroit de la coordination de l'ONG BETHESDA.

1). Recommandations à l'endroit de la direction de l'hôpital

Pour que la gestion administrative et financière de l'hôpital soit optimale, il faudra la mobilisation de la hiérarchie et du personnel, avec la mise en œuvre d'une politique de communication interne efficace.

Par rapport à élaboration du manuel de procédures administratives et financières, il faut que la direction décide de l'opportunité de sa réalisation et mette les moyens nécessaires pour sa confection. En effet, la direction devra s'engager avec tous les responsables administratifs et chefs de service sur la nécessité et l'importance de cet outil de travail. Car il appelle la compétence et l'implication de tous les agents.

Puisque c'est du personnel qu'il s'agit en ce qui concerne l'application du manuel de procédures, ce personnel se doit de savoir ce qu'il contient, de quoi cela retourne en matière de travail et de sacrifice.

D'un autre côté, la résolution du problème de suivi des malades passe aussi par l'implication de tous les agents dans l'élaboration d'un guide pour malade. Ceci permettra à la hiérarchie de s'assurer que tous les malades qui y rentrent, ressortent par les canaux réguliers. Il faudra aussi revoir, le système de rémunération des agents techniques afin de les détourner de

l'amour du gain facile, toute chose qui éviterait aux agents la création des cabinets de soins privés parallèles.

Par rapport à l'assurance qualité des soins, elle doit être le credo de tous les agents, car la principale prestation du serment de fin de formation des agents de santé est de servir les malades avec grand dévouement, de manière désintéressée. Les agents savent ce qu'est la qualité, mais ne l'appliquent que lorsqu'ils sont sous contrôle. De cette manière, la direction devra instituer le service de surveillance et de la qualité, afin de faire comprendre aux agents l'impérieux devoir de donner des soins de qualité aux malades. La survie et la fidélisation des malades en dépendent.

2). Recommandation à l'endroit de la coordination de l'ong

La coordination de l'ONG, étant l'organe qui coiffe les différents départements comme celui de la santé, doit veiller sur la mise à disposition des textes fondamentaux tels que les procédures et les différents guides de gestion des secteurs. Aussi, elle doit soutenir les directions par l'intermédiaire de son service d'audit interne, à la bonne application des textes de gestion, chercher avec elles les solutions pour l'épanouissement des agents et le rayonnement des départements.

3. Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE)

C'est un tableau récapitulatif de tout le travail abattu, de la problématique aux solutions d'éradication des causes réelles se trouvant à la base des problèmes en passant d'une part, par la fixation des objectifs et la formulation des hypothèses et, d'autre part, par l'établissement du diagnostic.

Tableau n°7 : Tableau de synthèse de l'étude : Contribution à la mise en place d'un système de contrôle efficace à l'Hôpital BETHESDA.

Niveau d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes réelles	Diagnostic	Solutions
Niveau Général	<u>Problème général</u> Inefficacité du système de contrôle interne mise en place à l'hôpital BETHEDA	<u>Objectif général</u> définir le contexte de mise en place d'un système de contrôle efficace à l'hôpital BETHEDA..			
Niveau Spécifique	1 <u>Problème spécifique 1</u> non disposition d'un manuel de procédures administratives et financières.	<u>Objectifs spécifique 1</u> identifier le contexte de disposition d'un manuel de procédure administrative et financière à l'HB	<u>Causes réelles(ps1)</u> l'ignorance de la nécessité d'un manuel de procédures dans une administration, le manque d'intérêt de la part des autorités et l'absence d'outils ou de ressources financières pour sa confection	<u>Elément de diagnostic 1</u> l'ignorance de la nécessité d'un manuel de procédures dans une administration, le manque d'intérêt de la part des autorités et l'absence d'outils ou de ressources financières pour sa confection sont les expliquent la non disposition de manuel de procédures administratives et financières à l'hôpital BETHESDA..	<u>Approche de solution au ps 1</u> -Prendre la décision de Commettre un cabinet pour Sa réalisation. -impliquer tous les agents Dans son élaboration ;
	2 <u>Problème spécifique 2</u> inexistence d'un protocole de suivi des malades.	<u>Objectifs spécifique 2</u> déterminer les modalités d'existence d'un protocole de suivi des malades.	<u>Cause réelle/ps 2</u> l'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital.	<u>Elément de diagnostic 2</u> l'absence d'objectifs intégrant le paramètre client dans l'atteinte des résultats globaux de l'hôpital est à la base de l'inexistence de protocole de suivi des malades	<u>Approche de solution au ps 2</u> -prendre la décision de rédiger Un guide pour les malades ; -faire rédiger le guide -veiller à son application
	3 <u>Problème spécifique 3</u> disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante	<u>Objectifs spécifique3</u> expliquer les conditions de disposition d'un service d'assurance des soins de qualité suffisante à l'hôpital.	<u>Cause réelle/ps 3</u> l'absence de compétence interne ou d'outils à instituer la démarche qualité et l'ignorance de la nécessité de la qualité	<u>Elément de diagnostic 3</u> la disposition d'un service d'assurance des soins de qualité insuffisante s'explique l'absence de compétence interne ou d'outils à instituer la démarche qualité et l'ignorance de la nécessité de la qualité	<u>Approche de solution au ps 3</u> - Prendre la décision de son Elaboration ; -former des agents à l'assurance Qualité ; -créer le service surveillance De la qualité.

Conclusion générale

L'observation de la situation étudiée nous a permis de déceler l'existence d'un certain nombre de problèmes regroupés en trois problématiques majeures, au nombre desquelles celle de la gestion non optimale de l'administration de l'hôpital qui a retenu notre attention et constitué le centre d'intérêt de nos travaux de recherche.

De cette problématique découle un problème général : celui de la non maîtrise du patrimoine de l'hôpital dans lequel l'absence de manuel de procédures administratives et financières, l'absence de guide d'orientation et de gestion des malades et l'absence de manuel d'assurance qualité des soins, constituent les preuves palpables.

La gestion administrative et financière qui procède de l'application d'un ensemble de règles, ne saurait être évidente, si celles-ci sont inexistantes. Ainsi, pour doter l'hôpital de ces règles fondamentales, le rôle de la direction est déterminant. Car de son rôle de contrôleur, il lui revient d'édicter les règles en étroite collaboration avec les principaux responsables de services et chefs divisions. L'élaboration du document de procédures nécessite beaucoup de moyens (financiers, méthodes, temps, main d'œuvre). L'évaluation n'intervenant qu'en aval de tout cela.

A l'hôpital BETHESDA, l'absence de documents de gestion ne facilite pas a priori, l'imputabilité de la responsabilité en cas de fautes avérées. Aussi, il n'est pas facile de savoir dans cette condition, à qui s'adresser pour avoir la quintessence de certaines informations. Le manque de manuel de suivi des malades, ouvre certainement des portes à certaines impostures de négligence des malades démunis au profit des patients nantis, et la désorientation de cette dernière catégorie dans les cliniques privées. Pour ce qui est de l'absence de protocole d'assurance qualité, nous

avons vu qu'il évite la négligence dans la pratique médicale et permet de situer les responsabilités en cas de fautes.

De notre étude, nous pouvons retenir que les outils et documents de contrôle interne n'existent pas formellement dans le centre. Même si apparemment certaines règles de gestion apparaissent dans les pratiques. Cela constitue un handicap sérieux à la maîtrise du contrôle interne.

Les propositions de conduite à l'endroit de la direction et de la coordination ne pourront rien changer, si de réelles décisions ne sont pas prises et des moyens idoines mis à dispositions pour la mise en œuvre effective des recommandations émises.

Aussi faudra-t-il qu'une autre étude s'appesantisse sur la possibilité pour l'hôpital de mettre en œuvre une comptabilité- matières qui au moment de notre stage est absente. De même, nous souhaiterions que, les efforts de la direction aillent dans le sens de l'élargissement d'espaces, car beaucoup de services sont exigus et ne permettront pas la mise en œuvre d'une assurance qualité de soins.

BIBLIOGRAPHIE

I- OUVRAGES GENERAUX

- BENEDICT G., et. KERAVEL R: « **Évaluation du contrôle interne dans la mission d'audit** », Ed. Foucher.

- COLLINS L., et G. VALIN (1992) : « **Audit et contrôle interne, aspects financiers, opérationnels et stratégies** » 4^{ème} éd. Dalloz, Paris.

- IFACI et PwC (1994) : « **la pratique du contrôle interne COSO-Report** », IFACI.

- RENARD J., (2004) « **Théorie et pratique de l'audit interne** », 5^{ème} éd, Éditions d'organisations, Paris.

- BARRIER E., « **l'audit interne : Pourquoi ? Comment ?** ». Ed. de l'Organisation.

- CANDAN P. « **l'audit social : Méthode pour un management efficace** », Vuibert, 1998.

- MARTI M., « **Audit de la qualité** », Ed. d'organisation, 1986.

- COLLINS L. et VALIN G. « **Audit et contrôle interne** », Dalloz, janvier 1992.

- COOPERS et LYBRAND, « **La nouvelle pratique de l'audit interne et IFACI** », Ed. d'organisation, janvier 1994.

- BETHOUX R et al, « **l'audit dans le secteur public** », éd. CLET, 1986.

- NOUNAGNON T. (2009) « **cours d'initiation à l'audit financier et comptable** »

- KOUPHIN C.; Expert comptable diplômé : « **Méthodologie de l'audit** ».

- KOUPHIN C.; Expert comptable diplômé : « **Contrôle interne ou maîtrise de l'entreprise et audit interne** ».

II- LES MEMOIRES et OUVRAGES SPECIAUX.

- FREUDENREICH E., (2006) : « **Auto évaluation du contrôle interne** », **Mémoire d'expertise comptable.**

- BAPARAPE R., (2006) « **contribution à l'amélioration du contrôle interne au BUPDOS ONG** », Mémoire de fin de formation au cycle II de l'ENEAM.

- « **Directives pour l'élaboration des normes de contrôle interne** », Organisation internationale des Institutions Supérieures de Contrôle des Finances Publiques. (INTOSAI).

- GRENON A « **La maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne** », Direction de l'inspection Générale.

- BECK M. (1982.), « **Normes d'audit dans le secteur public** », Version bilingue des Normes d'Audit du General Accounting Office-USA. Edition ATH,

- CAUMEIL R « **les outils de l'audit** : questionnaires et feuille de travail », Edition CLET, 198

ANNEXES

ANNEXES

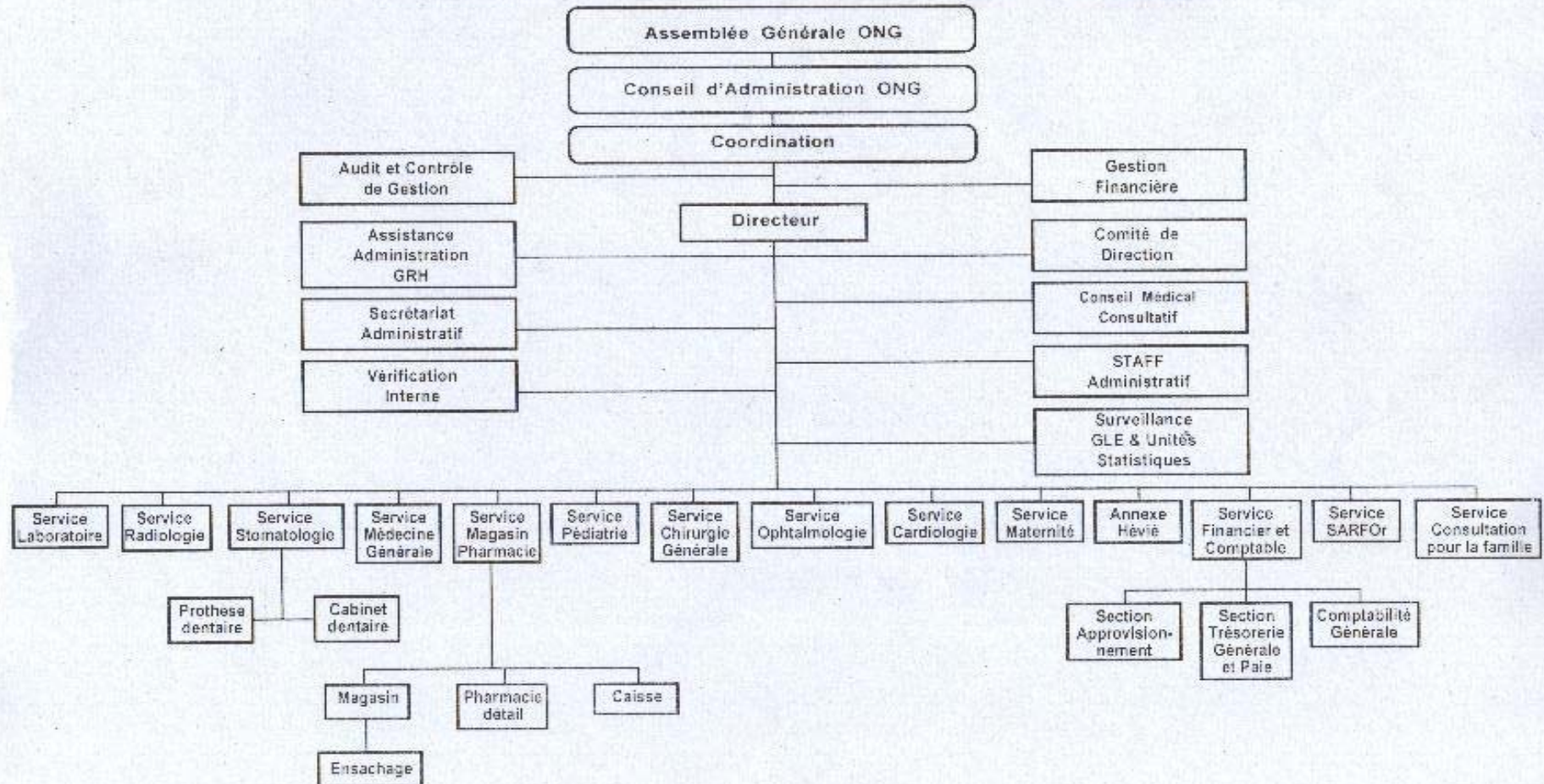
Annexe 1- Organigramme de l'hôpital BETHESDA

Annexe 2- Questionnaire d'enquête

Annexe 3- Point sur le questionnaire

Annexe 4- Fiche d'analyse des comptes

ORGANIGRAMME DE HOPITAL BETHESDA



ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Mesdames/Messieurs,

Chers collègues

Le présent questionnaire qui se veut anonyme s'inscrit dans le cadre d'une « recherche diagnostic » dans l'optique de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance au cycle 2 de l'ENAM.

Il est destiné en effet, à relever les imperfections de contrôle de gestion à l'hôpital BETHESDA, et à proposer des pistes de solutions utiles pour améliorer dans l'intérêt de nous tous, le système de contrôle.

Son remplissage de manière fidèle à la réalité constituerait votre contribution à l'amélioration optimale du contrôle dans l'hôpital.

Merci pour votre compréhension.

Veillez répondre aux questions ci-après en cochant la case correspondante.

Préciser votre catégorie professionnelle :

- **1. *Qu'est-ce qui selon vous explique la non réalisation d'un manuel de procédures administratives et financières à l'hôpital BETHESDA ?***

- ignorance de la nécessité d'un manuel de procédures dans une administration ?
- manque d'intérêt de la part des autorités ?
- absence d'outils ou de ressources pour sa confection ?
- autres (à préciser).....

• 2. *Selon vous qu'est-ce qui explique l'absence de manuel de gestion des malades à l'hôpital BETHESDA ?*

- absence d'objectif de la part des responsables de l'hôpital ?
- manque d'outils et de personnes ressources ?
- autres (à préciser).....

• 3. *Qu'est-ce qui selon vous explique l'inexistence de manuel d'assurance qualité des soins à l'hôpital BETHESDA ?*

- absence de compétence interne ou d'outils à s'occuper de la qualité ?
- ignorance de la nécessité de la qualité ?
- autres (à préciser).....

Annexe n° 3

Tableau n° 8 : Point sur le questionnaire.

Questionnaire	Nombre	Taux
Distribué	50	100%
Récupérer	37	74%
Exploité	31	62%

Annexe 4

CONTROLE DE LA DEPRECIATION DES STOCKS ANALYSE DES RISQUES SPECIFIQUES

<u>NATURE DES RISQUES</u>	<u>INFORMATIONS A OBTENIR</u>	<u>IMPACT SUR LES ETATS FINANCIERS</u> <u>CRITERES D'EVALAUTION</u>
<ul style="list-style-type: none">• Arrêt ou remplacement d'une ligne de produits	Etat du marché et de la concurrence, décisions marketing	Valeur du stock de produits finis Répercussion sur matières et emballages spécifiques
<ul style="list-style-type: none">• Production supérieure à la consommation	Tendances de ventes (stagnation, croissance, décroissance)	Excès par rapport à une rotation normale
<ul style="list-style-type: none">• Détérioration physique des produits	Visite des lieux de stockage	Critère d'identification et de provision
<ul style="list-style-type: none">• Remises et rabais accordés	Statistiques commerciales	Ajustements à la Valeur Nette de Réalisation (VNR)
<ul style="list-style-type: none">• Garanties	Conditions de garantie (délais, pièces et main d'œuvre...)	Coût, provision et mode de calcul

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES GRAPHIQUES.....	v
GLOSSAIRE.....	vi
RESUME.....	vii
SOMMAIRE.....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1-3
<u>CHAPITRE PREMIER</u> : DU CADRE INSTITUTIONNEL ET PHYSIQUE DE L'ETUDE A LA PROBLEMATIQUE DE MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE CONTROLE EFFICACE A L'HOPITAL BETHESDA	4-26
<u>SECTION 1</u> : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DE STAGE A LA DIRECTION DE L'HOPITAL BETHESDA.....	5-15
<u>PARAGRAPHE 1</u> : Présentation du cadre physique de l'étude la Direction de l'hôpital BETHESDA.....	5
I- Cadre institutionnel de l'administration de l'hôpital.....	5
A) - Historique et organisation.....	5
B) - Les services de l'hôpital BETHESDA.....	9
- Les services médicaux.....	9
- Les services para médicaux.....	9
- Les services administratifs.....	9
<u>PARAGRAPHE 2</u> : Observations de stage : Etat des lieux sur les activités de l'hôpital.....	10
I- Etat des lieux sur l'activité de gestion de l'hospital	10

II- Inventaire des éléments de l'état des lieux.....	14
A- Inventaire des atouts (forces et opportunités).....	14
B-Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces).....	14
<u>SECTION 2</u> : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDES....	15-26
<u>PARAGRAPHE 1</u> : Choix de la problématique et justification du sujet.....	15
I- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : détermination des problématiques possibles.....	16
II- Choix de la problématique de l'étude et justification du sujet.....	17
<u>PARAGRAPHE 2</u> : spécification et vision globale de la problématique retenue.....	20
I. Spécification de la problématique choisie.....	20
II. Vision globale de résolution de la problématique spécifiée.....	22
A). Vision globale de résolution du problème général.....	22
B). Vision globale de résolution des problèmes spécifiques.....	23
C). Synthèse des approches identifiées et séquences de résolution de la problématique.....	25
<u>CHAPITRE DEUXIEME</u> : DU CADRE THEORIQUE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE CONTROLE EFFICACE A L'HOPITAL BETHESDA.....	27-73
<u>SECTION 1</u> : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	28-55
<u>PARAGRAPHE 1</u> : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature	28
I-Fixation des objectifs de l'étude.....	28
A- Les objectifs de développement.....	28
B- Les objectifs de recherche.....	29
C- Les résultats attendus.....	30

II- Identification des causes possibles, formulation des hypothèses liées aux différents problèmes en résolution et construction du tableau de bord de l'étude (TBE).....	30
A- Identification des causes et formulation des hypothèses.....	31
B- Construction du tableau de bord de l'étude.....	35
C- Revue de littérature.....	37
1). Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°1	38
2). Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°2	40
3). Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°3	44
<u>PARAGRAPHE</u> 2 : Approches théoriques et dimension empirique retenues : Méthodologie adoptée.....	49
I- Dimension empirique.....	49
1). Objectifs de la collecte de données.....	50
2). Cadre de l'enquête et population cible.....	50
3). Nature de la collecte des données.....	51
4). Echantillonnage.....	51
5). Spécification des données à mobiliser.....	51
6). Conception du questionnaire.....	51
7). Technique de dépouillement des données.....	53
8). Outils de présentation des données.....	53
II- Dimension théorique de la méthodologie adoptée.....	53
A). choix théorique lié au problème spécifique n°1.....	53
B). choix théorique lié au problème spécifique n°2.....	54
C). choix théorique lié au problème spécifique n°3.....	55
<u>SECTION</u> 2 : DES ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX SUGGESTIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE CONTROLE EFFICACE A L'HOPITAL BETHESDA.....	56-73

<u>PARAGRAPHE 1</u> : Enquêtes et vérification des hypothèses.....	56
I- Collecte ; difficultés rencontrées et limites des données.....	56
A- Préparation et réalisation des enquêtes.....	56
B- Difficultés rencontrées et limites des données.....	56
II- Présentation/Analyse des résultats de l'enquête et vérification des hypothèses.....	57
A- Présentation et analyse des résultats de l'enquête.....	57
1). présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au problème spécifique n°1.....	57
2). présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au problème spécifique n°2.....	59
3). présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au problème spécifique n°3.....	61
B. Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	62
1. Vérification des hypothèses.....	62
a. degré de vérification de l'hypothèse n°1.....	62
b. degré de vérification de l'hypothèse n°2.....	63
c. degré de vérification de l'hypothèse n°3.....	64
2. Etablissement du diagnostic.....	64
a. élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°1	64
b. élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°2	64
c. élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°3	65
<u>PARAGRAPHE 2</u> : Approche de solution et condition de mise en œuvre	65
I-. Approches de solutions.....	66
A. Approches de solutions au problème spécifique n°1.....	66
B. Approches de solutions au problème spécifique n°2.....	67
C. Approches de solutions au problème spécifique n°3.....	69
II-. Conditions de mise en œuvre des solutions et construction du tableau	

de synthèse de l'étude.....	71
A-. Conditions de mise en œuvre.....	71
1- recommandation à l'endroit de la direction de l'hôpital.....	71
2. recommandation à l'endroit de la coordination.....	72
3- Tableau de synthèse de l'étude (TSE).....	72
Conclusion générale.....	74-75
Bibliographie.....	76
Annexes.....	78
Table des matières.....	83